

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

ANNÉE 2008

N°: 102

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification en Psychiatrie

Par Charlotte CHAROY

Née le 16 janvier 1978 à Suresnes

Présentée et soutenue publiquement le 15 janvier 2008

**L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE :
UNE ANOREXIE COMME LES AUTRES ?**

Président du jury : Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Sylvain LAMBERT

L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE : UNE ANOREXIE COMME LES AUTRES ?

INTRODUCTION ET CAS CLINIQUES	6
A. CAS CLINIQUE 1.....	7
B. CAS CLINIQUE 2.....	16
I. L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE SOUS L'ANGLE DE LA COMPARAISON AVEC L'ANOREXIE MENTALE FEMININE.....	29
A. L'EVOLUTION DES IDEES.....	29
1. <i>Les premières descriptions</i>	29
2. <i>Une absence remarquable</i>	31
a) L'anorexie hystérique n'existe pas chez l'homme !.....	32
b) Le désintérêt : une absence de débat diagnostique.....	34
(1) L'étiologie organique.....	34
(2) Une pathologie d'origine psycho-génétique.....	34
(a) La nécessaire aménorrhée :.....	34
(b) Le manque d'intérêt.....	35
(c) Un syndrome atypique : de la structure hystérique féminine à la structure psychotique masculine.....	35
3. <i>Vers la reconnaissance du syndrome chez l'homme ?</i>	36
a) Les premiers droits de citer de l'anorexie masculine: des observations isolées dans la littérature française et étrangère.....	36
b) Les critères diagnostiques de Russell et Feighner : une place pour le garçon ?.....	40
4. <i>Vers une officialisation du trouble ?</i>	41
5. <i>Et aujourd'hui ?</i>	43
a) L'anorexie mentale masculine existe.....	43
b) ...Mais elle reste probablement méconnue.....	45
B. LE TABLEAU CLINIQUE : VERS UNE DESCRIPTION DE L'ANOREXIE MASCULINE	46
1. <i>Caractéristiques prémorbides et facteurs de risque</i>	46
a) Poids prémorbide.....	46
b) Personnalité prémorbide.....	47
(1) Pendant l'enfance.....	47
(2) Pendant l'adolescence et la phase active de la maladie.....	48
c) Niveau intellectuel.....	50
d) Données démographiques et socio-culturelles.....	50
(1) Classes sociales.....	50
(2) Facteurs ethniques.....	51
(3) Activités professionnelles et récréatives.....	51
e) Données familiales.....	52
(1) La fratrie.....	52
(2) Les antécédents familiaux.....	53
2. <i>Délai entre le début des troubles et la demande de soins</i>	54
3. <i>Symptomatologie</i>	55
a) Age de début de la maladie : une pathologie de l'adolescence.....	55
b) Les facteurs précipitant la conduite.....	56
c) Le début des troubles.....	57
d) La triade symptomatique.....	58
(1) Le comportement alimentaire.....	59
(a) Comme chez la jeune fille : la restriction alimentaire.....	59
(b) Les autres méthodes de contrôle du poids.....	59
(2) L'amaigrissement.....	61
(3) Un équivalent de l'aménorrhée ?.....	62
(a) L'aménorrhée chez la jeune fille.....	62
(b) Chez les hommes anorexiques : la pauvreté de l'activité sexuelle.....	63
(c) Un profil hormonal similaire ?.....	64
e) Des particularités cliniques.....	66
(1) L'obsession de la forme du corps vs la recherche de minceur.....	66

(2) L'image du corps	67
(3) L'hyperactivité physique	68
f) Les conséquences somatiques et psychiques de la dénutrition	69
(1) Quelques études concernant le garçon	69
(2) Les conséquences somatiques (Rigaud [119]) et psychiques de la dénutrition (Chabrol [35])	71
g) Conclusion	72
C. EPIDEMIOLOGIE	74
1. Incidence	74
2. Prévalence	75
3. Une augmentation des cas d'anorexie masculine ?	76
4. Sex-ratio	79
5. Les autres troubles du comportement alimentaire chez l'homme	81
a) Les formes mineures ou sub-syndromiques de troubles du comportement alimentaire	81
(1) Du normal au pathologique	81
(2) Quelles formes sub-cliniques chez le garçon ?	83
b) Les autres troubles du comportement alimentaire caractérisés notamment la boulimie	85
(1) Parmi la population générale adolescente :	85
(2) Parmi les sujets hospitalisés pour trouble du comportement alimentaire	86
D. EVOLUTION ET PRONOSTIC	88
1. Quels critères d'évolution prendre en compte chez l'homme?	88
2. Les données évolutives chez l'homme	89
3. Les facteurs pronostiques	93
E. LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES	95
1. Conduite alimentaire d'allure anorexique sous-tendue par une pathologie psychiatrique	96
2. Anorexie mentale et comorbidités	96
3. Quels liens entre anorexie mentale masculine et schizophrénie ?	98
a) Comorbidité anorexie mentale masculine/schizophrénie	98
b) Anorexie mentale masculine comme mode d'entrée dans la schizophrénie ?	99
c) Anorexie mentale masculine et structure psychotique de la personnalité	100
F. DES SPECIFICITES PSYCHOPATHOLOGIQUES?	102
1. La constellation familiale	103
a) Réaménagements familiaux face aux symptômes	103
b) Relations entre le fils et ses parents	104
c) Les parents comme modèle identificatoires	106
2. La question de l'identité sexuelle	108
a) La question prévalente de l'orientation sexuelle	108
b) L'identité sexuelle en question	112
(1) Les fondements de l'identité sexuelle	112
(2) L'identité sexuelle chez les hommes anorexiques	114
3. Tentatives d'articulation à travers la notion d' « homosexualité primaire »	116
II. TENTATIVES DE COMPREHENSION DES SPECIFICITES MASCULINES.....	121
A. UN CONTEXTE TYPIQUE D'APPARITION : L'ADOLESCENCE	122
1. Les facteurs biologiques :	122
2. Les facteurs socio-culturels	122
3. Les facteurs psychologiques :	122
a) La maturation intellectuelle	122
b) Le bouleversement instinctivo-affectif	122
(1) L'intensité de la poussée pulsionnelle sous le primat du génital	123
(2) Remaniements des relations avec l'entourage familial	123
(3) L'établissement du narcissisme adulte : l'antagonisme narcissico-objectal	124
(4) La question du corps à l'adolescence	126
B. UNE VULNERABILITE GENETIQUE PARTICULIERE ?	128

1.	<i>Le poids génétique de l'anorexie mentale</i>	128
2.	<i>Le spectre phénotypique</i>	129
3.	<i>Les gènes candidats et les allèles de vulnérabilité</i>	131
4.	<i>Les données concernant le poids génétique dans l'anorexie mentale masculine</i>	132
C.	LA VULNERABILITE BIOLOGIQUE	134
1.	<i>La régulation des apports et des dépenses énergétiques en fonction du sexe</i>	134
a)	Prise alimentaire et rôle de la sérotonine.....	134
b)	L'influence du sexe sur le métabolisme énergétique (Ritz [121]).....	137
2.	<i>La puberté comme facteur déclenchant</i>	138
a)	Les transformations corporelles.....	138
b)	Les bouleversements hormonaux.....	139
(1)	Le rôle protecteur de la testostérone ?.....	139
(2)	Hormones féminines et poids : une vulnérabilité féminine pour les troubles alimentaires ?.....	140
D.	LES FACTEURS SOCIAUX	142
1.	<i>Modèles sociaux et comportements liés au corps chez les sujets jeunes</i>	142
a)	Les attitudes éducatives en fonction du sexe.....	142
b)	Modèle social, genre et alimentation.....	142
c)	Normes sociales, corps et genre.....	143
(1)	Les stéréotypes culturels liés à l'esthétique corporelle : minceur versus V-Shape.....	143
(a)	La valorisation de la minceur chez les femmes.....	143
(b)	Le « V-Shape » comme modèle masculin.....	144
(2)	Influences des stéréotypes sociaux sur les comportements liés au corps.....	144
(3)	Le corps féminin comme objet préférentiel de valorisation narcissique ?.....	147
(4)	Le corps, nouvel objet de valorisation narcissique chez l'homme ?.....	148
2.	<i>Anorexie mentale et stéréotypes sociaux : une vulnérabilité féminine ?</i>	151
a)	Paradoxes, sociétés occidentalises et fonctionnement addictif.....	151
b)	La perspective féministe.....	153
c)	La valorisation de la minceur : quels liens avec la forte prévalence féminine de l'anorexie mentale ?.....	154
(1)	Une approche sociologique de l'anorexie mentale.....	154
(2)	Les groupes dits « à risque ».....	156
(3)	Vulnérabilité personnelle aux normes sociales.....	156
d)	Tentatives d'articulation.....	157
(1)	La perspective psycho-biologique.....	158
(2)	L'angle psychodynamique.....	158
E.	LES ELEMENTS DE REFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE	161
1.	<i>L'antagonisme narcissico-objectal: le paradigme du conflit de l'adolescence (Jeammet [77], [78])</i> 162	
a)	Une « dynamique spécifique » des investissements sur le modèle de l'alimentation.....	162
b)	Une problématique de dépendance à l'origine de l'antagonisme narcissico-objectal.....	164
c)	Un fonctionnement addictif : le monde des sensations et de l'agir.....	165
d)	Un aménagement pervers d'une relation de dépendance.....	165
2.	<i>Le corps anorexique</i>	166
a)	Le corps anorexique et les métamorphoses pubertaires : quelle compréhension de l'anorexie féminine ?.....	166
(1)	L'abrasion des métamorphoses pubertaires chez la jeune fille anorexique.....	166
(2)	A travers le corps de femme en devenir : la relation à la mère.....	169
b)	Le corps persécuteur.....	171
c)	Le corps idéalisé.....	172
d)	A travers la question corps : quelle compréhension de l'anorexie masculine ?.....	173
3.	<i>Les modalités relationnelles entre l'enfant, futur anorexique et ses parents</i>	176
a)	Un défaut d'intégration précoce des stimuli internes et externes.....	176
b)	L'enfant comme objet de complétude narcissique.....	179
4.	<i>Tentative de compréhension de la prévalence féminine de l'anorexie mentale à travers les facteurs psycho-génétiques</i>	181
a)	Les premières relations parents-enfant : quelles différences ?.....	181
(1)	Les soins maternels.....	181
(2)	La dépendance réciproque, le « double semblable ».....	181
b)	Le développement pulsionnel et la sexualité génitale.....	183
(1)	Le changement d'objet dans l'Œdipe chez la fille.....	183
(2)	L'expérience des transformations pubertaires et les modalités d'investissement corporel.....	183
(3)	L'indétermination relative de la sexualité génitale féminine.....	186

III. DES FORMES PARTICULIERES D'ANOREXIE MENTALE CHEZ L'HOMME ? DES FORMES CLINIQUES AUX FORMES FRONTIERES. 188

A.	DES FORMES CLINIQUES PARTICULIERES D'ANOREXIE MASCULINE ?	189
1.	<i>L'anorexie pré-pubère</i>	189
2.	<i>L'anorexie « atypique » : une anorexie masculine... typique ?</i>	192
3.	<i>Anorexie masculine et hyperactivité sportive : d'une forme symptomatique à des formes frontières ?</i> 196	
a)	Fréquence des troubles alimentaires avérés et subcliniques chez les sportifs	196
b)	Spécificités des conduites alimentaires chez certains sportifs, notamment dans les milieux à risque de développer un trouble du comportement alimentaire chez l'homme	198
c)	Réflexion sur la nature des liens statistiques entre pratique sportive et trouble du comportement alimentaire 198	
(1)	La pratique sportive : « inducteur » de trouble alimentaire ?	198
(2)	La pratique sportive comme activité d'élection des sujets vulnérables pour les TCA	200
B.	DES FORMES FRONTIERES D'ANOREXIE MASCULINE ?	202
1.	<i>Le concept d'addiction</i>	203
a)	Les perspectives psychiatriques et comportementales de l'addiction	203
(1)	La définition de Goodman	203
(2)	Sur le plan cognitivo-comportemental (Pedieli [113])	204
(3)	Recherche de sensations et gestion hédonique	204
b)	Perspectives psychodynamiques	205
(1)	Les pratiques de l'incorporation de Gutton [68]	205
(2)	Le modèle de l'ordalie de Charles-Nicolas et Valleur [113]	205
(3)	La notion de théâtre du transitionnel, d'objet transitoire et de dispersion de l'affect de Mac Dougall [96] [97] [98]	206
(4)	Le concept d'antagonisme narcissico-objectal de Jeammet [79]	208
2.	<i>Addiction au sport</i>	209
a)	Dimension addictive du sport	209
b)	Critères de la dépendance à l'exercice physique	210
c)	Liens épidémiologiques avec les autres conduites addictives	212
3.	<i>Le complexe d'Adonis : une formulation moderne d'anorexie masculine ?</i>	213
a)	L'« Anorexie Inverse » ou Complexe d'Adonis	214
(1)	Description clinique du complexe d'Adonis	214
(2)	Hypothèses sur les enjeux du complexe d'Adonis à travers on inscription dans le contexte social	217

DISCUSSION..... 220

A.	LA RECONNAISSANCE DE L'ANOREXIE MASCULINE	220
1.	<i>Difficulté de reconnaissance de la triade symptomatique</i>	221
2.	<i>Difficultés liées aux différentes formes cliniques</i>	222
B.	LA DEMARCHE DE SOINS : DES SPECIFICITES MASCULINES?	223
1.	<i>Principes généraux de la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale</i>	223
a)	Les objectifs du soin	223
b)	Les méthodes utilisées	223
2.	<i>Quels soins pour les anorexiques masculins ?</i>	226

CONCLUSION..... 229

REFERENCES 231

L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE : UNE ANOREXIE COMME LES AUTRES ?

INTRODUCTION ET CAS CLINIQUES

Notre intérêt pour l'anorexie masculine trouve son origine dans la confrontation clinique avec deux jeunes hommes anorexiques rencontrés lors d'un stage d'internat dans le service d'addictologie du CHU de Nantes. Lors de nos études de médecine, nous avons pu entendre dire, sans l'aborder réellement, que l'anorexie mentale chez le garçon était excessivement rare et qu'elle nécessitait avant tout la prudence du clinicien. Celui-ci se devait d'être attentif à une évolution plus ou moins rapide vers un état psychotique avéré et en cela, elle se distinguait de l'entité clinique bien connue chez la jeune fille. Nous avons donc été particulièrement frappés par ces deux garçons (nous sommes spontanément tentés de les appeler ainsi malgré leur âge) qui semblaient présenter sur le plan comportemental un syndrome anorexique typique. Ils paraissaient, en même temps, aux prises avec une problématique narcissique intense qui semblait particulièrement proche de celle que nous avons observée chez les jeunes filles. Par ailleurs, aucun élément psychotique ne semblait affleurer.

L'évidence clinique amenait à réviser nos connaissances théoriques et à supposer que l'anorexie mentale chez l'homme existait. Toutefois, ces deux garçons étaient-ils des exceptions à la règle de la psychose ? L'anorexie mentale, telle qu'elle est décrite chez la jeune fille existe-t-elle chez le garçon ?

Finalement, une étude « rapide » de la littérature sur le sujet confirmait bien son existence et son rattachement au syndrome typique. D'une façon générale, les auteurs s'accordent sur une extrême rareté des cas masculins et une prévalence féminine de 90%. Toutefois, la lecture plus approfondie des études épidémiologiques semble rapporter des résultats plus nuancés. C'est à partir de ces observations qu'est né le fil directeur de notre réflexion.

De quelle façon l'anorexie masculine peut-elle rester méconnue des professionnels de santé voire parfois des professionnels de la santé psychique ? L'histoire même des idées sur l'anorexie mentale semble une première tentative de réponse. Toutefois, au fil de nos lectures, est apparue la question de la présentation symptomatique de cette anorexie : l'anorexie

mentale masculine peut-elle prendre une forme symptomatique particulière qui la rendrait opaque au regard du clinicien ? L'anorexie mentale masculine est-elle une anorexie comme les autres, tant sur le plan symptomatique que psychopathologique ? Existe-il des expressions cliniques plus spécifiques ? Certaines pathologies plus spécifiquement masculines, notamment dans le champ des addictions, peuvent-elles se préciser à travers la compréhension de l'anorexie mentale ?



A. CAS CLINIQUE 1

Julien est un jeune homme de 27 ans. Nous le rencontrons alors qu'il est hospitalisé dans le service d'addictologie du CHU de Nantes. Cette hospitalisation est motivée par une perte de poids importante et rapide dans le cadre d'une anorexie mentale pour laquelle il est suivi depuis près d'un an en soins ambulatoires dans le même service.

A son entrée, Julien est effectivement très amaigri. Il pèse 41,5kg pour 1 mètre 71. Son BMI est donc de 14,2 kg/m². Cet amaigrissement, pourtant évident, interpelle moins que son aspect juvénile. Son contact est de bonne qualité. Julien apparaît souriant et bavard bien que quelque peu mal à l'aise lors des entretiens. Il évoque avec facilité et émotions ses difficultés.

Le début des troubles remonte, semble-t-il, à l'année de ses 18 ans, alors qu'il entre en BTS. Ils sont alors justifiés par une volonté de « *plaire aux filles* » mais aussi de « *plaire à ses parents* » en même temps que d'être plus « *compétitif* » au football. Il rapporte s' « *être mis la pression* » **durant l'été** qui vient de s'écouler. Il faisait en effet « *la saison* » dans une usine agro-alimentaire où le rythme était particulièrement soutenu, en même temps qu'il assurait tous les soirs des entraînements intensifs de football dans un club de la région. Considéré par ses entraîneurs comme « *le meilleur* » de l'équipe, il avait été choisi parmi ses partenaires pour « *monter en grade* » dans l'équipe « *senior* » à la rentrée.

Il explique avoir surveillé puis limité son alimentation, éliminant au fur et à mesure certains aliments. Progressivement, l'ensemble de ses activités physiques et mentales s'est organisé sur un mode obsessionnel autour de la maîtrise alimentaire. Il n'a semble-t-il jamais présenté de conduites d'annulation telles des vomissements ou des prises de laxatifs. Son comportement alimentaire semble alors s'inscrire dans **une conduite anorexique restrictive associée à une hyperactivité physique incessante**. Cette hyperactivité s'épanouit dans l'intensification de ses entraînements sportifs en même temps que sur un mode plus anarchique où il se trouve dans l'obligation de « *faire quelque chose* ». Parallèlement, son tempérament anxieux et obsessionnel semble mener l'ensemble de ses activités où il s'agit de toujours « *faire mieux* » tant dans les études, que dans le sport. **La perte de poids, qui accompagne sa conduite, reste, pendant près de quatre ans, l'objet d'un déni de la part de Julien mais aussi de son entourage**. La maigreur apparaît toutefois évidente lors d'un entraînement de football où Julien se présente en short et où chacun semble brutalement prendre conscience de sa maigreur. L'inquiétude majeure qu'elle suscite à la fois chez la famille et dans l'ensemble de la commune amène à des demandes de soins dans un contexte d'urgence. Il aurait consulté quelques médecins qui auraient, selon lui, proposé « *uniquement* » des traitements antidépresseurs. Il sera finalement hospitalisé dans une institution de soins spécialisés vers 23 puis à 25 ans, hospitalisations qui constitueront les premières prises en charge de sa pathologie, après donc cinq ans d'évolution.

Lorsque nous le rencontrons, Julien est malade depuis neuf ans. Il a semble-t-il pu prendre progressivement conscience de ses troubles. Il perçoit son état cachectique sur un plan intellectuel mais est en grande difficulté pour se reconnaître plus profondément comme tel. Son état émotionnel est alors teinté d'un fond dépressif en rapport avec un épuisement face à son **fonctionnement obsessionnel et anxieux envahissant**. Il ne semble pouvoir prendre de distance vis-à-vis de ses pensées obsédantes concernant la nourriture. La comparaison avec ses amis, qui ont quasiment tous « *une maison et des enfants* » est douloureuse et le renvoie à **son incapacité à élaborer sa propre autonomie**. Il évoque également, à travers un discours quelque peu plaqué, ses doutes quant à son identité masculine. Cette thématique affleure lorsqu'il s'interroge sur sa capacité à « *protéger une femme* » puisque « *normalement c'est l'homme qui protège sa famille ; en fait je me compare plus à une fille* ». Il semble toutefois qu'il s'approprie peu ses interrogations et qu'elles restent dénuées de capacités représentatives. Elles interrogent, en réalité, vraisemblablement

la place de son propre père au sein de la dynamique familiale ainsi que comme modèle identificatoire. Cette hospitalisation lui permet finalement de se dégager à la fois des angoisses parentales, mais aussi de celles de l'ensemble de la commune. En effet, **les réaménagements relationnels autour des symptômes alimentaires semblent avoir dépassé le système familial et s'être étendus à l'ensemble du village.** Cela rend ces symptômes probablement plus difficilement mobilisables. Il trouve, dans ce rôle de « malade » sujet de l'inquiétude et de la bienveillance de tous, une place à la fois privilégiée mais qui le renvoie à une image figée de lui-même, où son identité passe par celle de l'anorexie. Notons qu'à son entrée, Julien bénéficie d'un traitement par antidépresseur à visée anti-obsessionnelle (20 mg de paroxétine par jour).

Revenons sur son histoire. La famille vit, depuis le mariage des parents, dans une petite commune de quelques centaines d'habitants. Julien est le second d'une fratrie de trois. Son frère, plus âgé d'un an et demi, vit seul depuis deux ans à proximité du domicile parental. A la connaissance de Julien, il n'a alors pas de relation amoureuse. Il est manutentionnaire après avoir suivi la même formation que Julien. Sa sœur, de six ans sa cadette, habite toujours chez ses parents et suit, elle, une formation professionnelle.

Les parents, chacun issu de famille nombreuse, sont les seuls de leur fratrie respective à avoir quitté le lieu où ils ont grandi. Leur mariage a déterminé le départ du foyer familial pour chacun d'eux. Leur installation à quelques kilomètres tient, selon Julien, au fait que son père y avait trouvé un emploi dans une boulangerie. Il a, au décès de son patron, racheté le fond de commerce si bien qu'il se trouve aujourd'hui propriétaire de cette boulangerie dont les lieux s'intègrent au sein de la maison familiale. Il est « *aux fourneaux* » quand la mère s'occupe de la gérance et de l'accueil des clients.

Le commerce familial et la thématique alimentaire semblent occuper une place particulière et « envahissante » dans la famille. Julien n'a ainsi pas choisi son symptôme au hasard. En effet, la thématique alimentaire semble envahir l'espace familial : « *la boulangerie est dans la maison* » se plaindra-t-il, en même temps qu'il soulignera à quel point « *les placards sont toujours pleins* ». Les conflits fréquents entre les parents, concernant les inquiétudes liées au bon fonctionnement de la boulangerie, constituent le principal des conversations pendant les repas. L'alimentation est également le sujet privilégié d'échanges, d'ailleurs souvent conflictuels entre Julien et ses parents. Il est vraisemblable que les

symptômes anorexiques aient accentué ce mode de communication. Toutefois, il rapporte que, dans son enfance, des **menaces de départ de la mère** venaient ponctuer les repas « *quand les enfants ne voulaient pas finir leur assiette* ». Conflits parentaux et menaces maternelles sont ainsi l'objet de crainte de séparation parentale : « *un jour, elle va le faire* » s'inquiétait-il. Tentant peut-être d'éviter toute réalisation de cette menace, il était alors « *joufflu, gourmand et bon mangeur* ». La conduite anorexique s'inscrit alors dans un contexte relationnel où **alimentation rime avec séparation et culpabilité mais constitue aussi un moyen d'être l'objet de l'attention parentale**. En effet, et selon les dires de Julien, ses parents, très pris par leur travail, trouvent rarement à lui offrir un espace d'écoute et l'échange est le plus souvent interrompu par une inquiétude concernant la maintenance de la boulangerie. Les parents apparaissent dans son discours comme particulièrement anxieux et sujets à l'hyperactivité, dans une grande difficulté à « *se poser* ».

Cette place qu'occupe l'alimentaire apparaît effectivement au premier plan de l'entretien parental qui aura lieu au cours de l'hospitalisation. Très en difficulté pour prendre de la distance vis-à-vis du symptôme, ses parents restent dans l'incompréhension du refus obstiné de leur fils de goûter aux « *pains au chocolat* » et autres « *viennoiseries* » que lui prépare tout spécialement son père pour lui redonner goût à manger.

Julien, semble avoir eu une **enfance, en apparence du moins, « sans problème »**. Ses parents le décrivent, cependant, comme ayant toujours été perfectionniste, ayant « *horreur de l'imprévu* », réservé, et dans la crainte de « *ne pas être intéressant* ». Il ne s'autorisait alors que peu de moment de détente, très investi dans ses lectures qui constituaient, plus qu'un loisir, un engagement dans une hyperactivité scolaire. Il n'a, dans tous les cas, pas présenté de symptomatologie avérée ni sur le plan psychique ni sur le plan somatique. On ne retrouve pas dans son histoire personnelle et familiale d'événements traumatiques particuliers.

Après la scolarité primaire et le collège, il poursuit sa scolarité secondaire en internat. Les trois années de lycée sont teintées de souvenirs « *heureux* », époque où « *tout allait bien* ». Cette période est marquée par une **amitié presque exclusive** avec un camarade de sa classe avec qui il partagera, en première, sa chambre d'internat. Il reste très apprécié des autres élèves, les relations sont cordiales mais superficielles. Dans son souvenir, apparaissent de longs moments passés à discuter sans fin avec cet ami, mais aussi des **moqueries sur son poids** de la part de celui-ci (« *qui m'ont peut-être touché sans que je m'en rende compte* »). La vie de ce jeune homme semble pour Julien à la fois **sujet de fascination autant que de**

malaise, d'envie comme de dégoût. Il se rappelle effectivement que les histoires amoureuses qu'il lui racontait le mettait particulièrement mal à l'aise. Cette relation s'inscrit-elle dans une dimension de miroir narcissique ? Ce jeune homme constitue-t-il un modèle masculin, support de l'avidité objectale qu'il s'interdit dans la réalité ? La crainte du « lâchage » revient d'ailleurs fréquemment dans son discours. Elle vient probablement témoigner de la **relation dialectique entre avidité et restriction**, d'une problématique au plus près de l'« **antagonisme narcissico-objectal** » décrit par Ph. Jeammet [1].

Finalement, malgré le souvenir d'avoir « *vécu des choses* », il passe alors de longues soirées à étudier, alors que son ami semble expérimenter une « *vie d'adolescent* ». Il se soumet à une grande pression, qu'il nous dit s'être lui-même imposée, même si la réussite scolaire est particulièrement investie par les parents. Il est alors très envahi par le souci de « **faire bien** », d'« **être à la hauteur** ». Finalement, le souvenir d'avoir pu « expérimenter » constitue probablement une reconstruction qui donne « vie » à son avidité et à ses désirs. Il rapporte, malgré le travail scolaire intense, des résultats plutôt moyens, en tout cas se perçoit-il comme quelqu'un ayant peu de « *facilités* ». Ses **inquiétudes quant à sa valeur personnelle** deviennent envahissantes. Ses doutes incessants et son perfectionnisme témoignent d'un **fonctionnement obsessionnel prévalent**. Notons également que Julien contacte quotidiennement ses parents et rentre tous les week-ends. Il se repose sur eux pour n'importe quelle décision : tout choix personnel est sujet d'intenses angoisses, ce qui révèle, au-delà de la dimension obsessionnelle, les difficultés à reconnaître ses propres besoins et désirs.

La fin du lycée marque un retour au domicile parental et la fin de cette amitié malgré les promesses de maintenir les liens. Julien ne se souvient pas en avoir souffert, c'est toutefois le moment où débutent les troubles, qui répondent peut-être à la **perte de cette relation de complétude narcissique**. Il commence alors un BTS dans la grande ville de la région et rentre chaque soir chez ses parents. Les relations avec ses camarades se feront plus superficielles, alors que Julien est envahi par les questions alimentaires et qu'il s'investit excessivement dans la pratique du football. **Le cercle relationnel se réduit** finalement aux « *amis de la commune* » et à la famille. A cette période, il connaît une jeune fille avec qui il sortira pendant un an. Les relations sexuelles existaient mais « *on n'y trouvait pas de plaisir* ». Par ailleurs, alors que Julien était déjà amaigri et fortement engagé dans sa conduite de restriction, celle-ci n'avait jamais pu être abordée avec cette jeune fille. C'est avant tout la tentation de coller au modèle proposé par ces amis, qui commençaient une vie de couple, qui

semble avoir motivé l'engagement dans cette relation. Toutefois celle-ci le quittera pour un de ses amis venant confirmer, là, sa piètre valeur et son incapacité à assumer son rôle masculin. Parallèlement, Julien trouve un premier emploi comme manutentionnaire. Dans sa volonté de répondre aux désirs et aux sollicitations des autres, en même temps que ce nouvel emploi vient symboliser une certaine indépendance financière, il constitue une nouvelle source d'angoisse et favorise l'aggravation comportementale. L'investissement physique majorera la perte de poids qui ne pourra plus être laissée sous silence. Il a alors 23 ans.

De la première hospitalisation, nous n'avons que peu d'éléments, si ce n'est que Julien a pu reprendre quatre points de BMI. **La question de l'autonomie** s'est probablement posée et Julien a alors décidé de prendre de la distance, du moins géographique, avec ses parents en vivant seul à quelques kilomètres de chez eux. L'ambivalence du désir d'autonomie, probablement investie, avant tout, sur le plan intellectuel, s'est concrétisée à travers une perte de poids relativement rapide à sa sortie. **Cette perte de poids figure la délicate question de la séparation-individuation.** Il reprend toutefois son activité professionnelle à mi-temps thérapeutique, l'occasion de passer chez ses parents après chaque journée de travail.

Une deuxième hospitalisation, dans la même institution, est alors proposée, et qui amène alors à une reprise de poids suivie d'un amaigrissement rapide dès sa sortie. Il a pourtant choisi de nuancer sa définition de l'autonomie en se rapprochant du domicile parental, tout en conservant son apparente indépendance, via la location d'un appartement dans la commune familiale. Il n'a en revanche pas repris son travail et continue de loin en loin les entraînements de football. N'ayant que partiellement conscience de sa fragilité corporelle, il a entrepris des séances de jogging régulières. L'ennui et l'incapacité à supporter l'inactivité le laissent tout à ses préoccupations alimentaires et l'amènent à passer la majorité du temps chez ses parents. Il aide alors son père à la fabrication des viennoiseries. Cela vient probablement mettre à **l'épreuve ses fantasmes boulimiques, ce qui nécessite alors une majoration de ses efforts de restriction.**

L'aggravation de son état somatique et psychologique amène son médecin traitant à l'orienter à la fois chez un thérapeute cognitivo-comportementaliste, un nutritionniste ainsi qu'à l'unité de soins ambulatoires en addictologie. Le soin s'articule alors à travers cette triple prise en charge.

Julien bénéficie à l'unité d'addictologie d'une prise en charge en hôpital de jour ainsi que d'entretiens avec un médecin référent.

Son hospitalisation est finalement décidée face à la fragilité de son état somatique et à l'envahissement de plus en plus prégnant de ses mécanismes obsessionnels et de son hyperactivité.

A son arrivée, c'est donc cette symptomatologie associée à des affects dépressifs qui orientera la démarche initiale de soins. Elle s'appuie sur un contrat de soins où sont déterminés des objectifs d'abord alimentaires et pondéraux, objectifs concrets que Julien était tenté d'occulter en favorisant une certaine intellectualisation de la question de l'autonomie. La dimension de repères alimentaires guide la démarche comportementale à travers un travail de réappropriation des sensations corporelles anesthésiées par la dénutrition et par son incapacité plus profonde à percevoir ses propres besoins. Des médiations thérapeutiques de balnéothérapie et de sophrologie sont alors mises en place. Les contacts avec la famille sont limités. Comme cela se fait communément dans le service, la matérialisation de la séparation s'effectue par le biais de l'hospitalisation elle-même et nous ne mettons pas en place de contrat de séparation.

La suite de l'hospitalisation a consisté à poursuivre le travail autour de l'alimentaire et à élargir la question des repères à travers une approche plus psychodynamique et familiale. La fin de l'hospitalisation a permis de préciser dans la réalité cette question des repères et de transitionner un retour au domicile.

Au cours de l'hospitalisation, notons que Julien a toujours fait preuve d'une **tentative de coopération au plus près des attentes supposées des thérapeutes**. Cela révèle probablement un certain conformisme, dans le sens d'une **incapacité à se détacher du désir de l'autre**. Elle témoigne également de grandes difficultés de conflictualisation et de sa problématique narcissique.

Julien a pu expérimenter, non sans angoisse, des temps de repos et une médication par benzodiazépines (clonazepam : 1mg réparti sur la journée) qui a permis de diminuer quelque peu la dimension hyperactive. La reprise pondérale a été modérée et le comportement alimentaire est resté très teinté par la maîtrise. Les **ruminations obsessionnelles concernant l'alimentation** ont pu être légèrement mises à distance à la suite de l'augmentation de la posologie de paroxétine à 40 mg par jour. Toutefois, elles ont été remplacées par une anticipation anxieuse de tout ce qu'il peut vivre. Julien pourra exprimer une certaine critique de son ambivalence vis-à-vis de ses parents et des **liens de dépendance réciproque** qui les

unissent. **La question des identifications masculines apparaît à travers l'image ambivalente qu'il fait de son père**: entre un père « *qui est le personnage fort de la famille* » et celui qu'il voit « *petit et fragile comme moi* ». Le caractère « *fort* » de son père est surtout déterminé par le fait qu'il est, aux yeux de Julien, celui vers qui la famille paternelle vient chercher étayage et réconfort en cas de difficultés. En revanche, au sein de son propre foyer, il peut apparaître fragilisé et démuni, notamment mais pas seulement, face à la pathologie alimentaire de son fils. Julien retrouve aussi en son père cette grande difficulté à « *dire non* » qui le caractérise tant et constitue une des expressions de sa (leur ?) fragilité narcissique. A l'opposé, l'image qu'il renvoie de sa mère est celle d'une mère préoccupée avant tout de sa fonction nourricière. Il peut s'autoriser à émettre critiques et agacements vis-à-vis de ses parents à condition de s'en défendre en rappelant régulièrement qu'« *ils sont parfaits* », témoignant là encore de sa difficulté de conflictualisation et d'élaboration de la séparation-individuation.

Les **entretiens familiaux** ont permis aux parents de se dégager très légèrement des questions pondérales qui restent toutefois au cœur de leur inquiétude et de leur compréhension de la pathologie de leur fils. Ils ont également permis à Julien de trouver des solutions en apparence minimales mais fortes en symbole concernant la démarche progressive d'autonomie, qu'il souhaite en même temps qu'il la craint. Ainsi, son frère lui proposera de partager avec lui l'utilisation d'une machine à laver modifiant ainsi l'habitude des deux frères de laver leur linge chez leurs parents !

A sa sortie, son poids est de 44,5kg déterminant un BMI à 15,2 kg/m².

L'étayage précédemment mis en place est poursuivi à la sortie de l'hospitalisation. Le contrat de poids est alors géré par son **médecin généraliste** et détermine des seuils pondéraux de reprise du travail et du sport. En parallèle, l'**hospitalisation de jour se poursuit au centre ambulatoire d'addictologie** ainsi que les **séances mensuelles de thérapie cognitivo-comportementale** à proximité de chez lui. Progressivement et régulièrement, le poids pourra évoluer favorablement. Cette évolution s'inscrit également dans une relation amoureuse avec une jeune fille rencontrée au cours de l'hospitalisation. Ainsi il pourra **expérimenter un certain plaisir et une perte transitoire de la maîtrise, tant sur le plan alimentaire, que sur les plans relationnel et affectif**. Il peut ainsi exprimer certains de ses désirs réprimés,

non sans l'angoisse de se laisser aller à son avidité objectale. Il constatera toutefois **l'absence de danger pour son intégrité corporelle et psychique** de ces moments de « lâchage ».

Etant donnés les progrès alimentaires et pondéraux, l'inquiétude des parents semble s'être apaisée. Toutefois, cet apaisement semble aussi lié à une diminution de l'intérêt apparent qu'ils lui portent. Les relations sont toujours très teintées de la thématique alimentaire et la maladie de Julien apparaît toujours comme le seul obstacle à un bien-être familial sans faille. Malgré les angoisses que suscite cette impression de « *distance* » qui s'est maintenant instaurée entre eux, Julien pourra poursuivre ses expériences d' « *adulte* ». Ainsi, son activité professionnelle s'est modifiée selon les aléas de son entreprise. Un poste avec quelques responsabilités lui a été confié ce qui n'est pas sans une majoration anxieuse.

Dans son discours actuel apparaît toujours la volonté de travailler la question de l'autonomie. Elle reste toujours bien difficile, Julien passant chez ses parents chaque jour, sous un prétexte ou sous un autre. Il peut toutefois la concevoir, du moins intellectuellement, dans une dimension symbolique et non plus la résumer à une prise de distance géographique. Ses parents restent cependant ses confidents privilégiés qui ne répondent jamais tout à fait à son attente d'être « *entendu* ». Les « **entretiens parents-enfant** » restent alors au centre de son attente du soin. Ils semblent constituer **un cadre rassurant où l'échange non dénué de conflit est possible et perd de sa potentialité de rupture**. Dans ces conditions, la question de la séparation d'avec les objets investis au centre de soins est pour le moment un sujet d'angoisse pour Julien et pour les parents eux-mêmes. Dernièrement, malgré les différentes coordonnées de centres de vacances données par ses référents, il a décidé de partir à la montagne ... avec ses parents !

Il semble que **Julien figure, par son symptôme anorexique, la question délicate de la séparation-individuation source d'angoisse et de difficultés élaboratives pour l'ensemble de sa famille.**

La question d'un abandon de sa conduite anorexique semble pour le moment intimement liée aux capacités de tous à réaménager les relations. Dernièrement, alors que sa mère reste très collée au symptôme pondéral au point de vouloir vérifier sur un mode très intrusif la véracité des chiffres, son père semble pouvoir mobiliser des ressources. Il tente ainsi de mettre à distance ses inquiétudes professionnelles et d'aménager un espace différent pour une relation plus « *complice* » avec son fils. Ainsi, ils se retrouvent parfois pour regarder un match de football ... « *entre hommes* ». Par ailleurs, son évolution dépendra aussi de sa capacité

personnelle à se sécuriser sur le plan interne. La possibilité de se déprimer et d'exprimer, du moins en partie, ses émotions constituent probablement une certaine capacité à être en contact avec son monde interne. D'autre part, les expériences d'« adulte » ont été, certes sources d'angoisse, mais lui ont révélé une capacité à « se laisser aller » sans risquer d'être envahi et détruit par l'autre, ce qui témoigne peut-être d'une certaine consolidation, du moins partielle, de ses assises narcissiques.



B. CAS CLINIQUE 2

Paul, lui, est un jeune homme de vingt ans lorsqu'il est hospitalisé dans le service d'addictologie pour une anorexie mentale. Il s'agit de sa première hospitalisation dans le cadre du trouble alimentaire. Il y est adressé par une psychologue du centre de soins ambulatoires en addictologie qu'il a rencontrée à deux reprises. Ces deux consultations ont immédiatement amené à la **notion de gravité physique**, de par le caractère évident de son état cachectique, gravité confirmée par les anomalies du bilan biologique.

L'« alerte » a brutalement été donnée par un médecin généraliste que Paul consultait pour la première fois dans le cadre d'une fracture de fatigue calcanéenne qui le gênait dans sa pratique sportive. Jusqu'alors, il semble que le silence sur son état avait pu être maintenu au prix d'un **déni massif** qui semblait avoir, là encore, « contaminé » l'entourage familial, sportif et médical de Paul. C'est ce médecin qui l'adressera en urgence au centre ambulatoire d'addictologie.

La proposition d'hospitalisation a été l'objet d'une **grande réticence**, et de la part de Paul qui se sentait « *bien, même mieux qu'avant* », ce qui témoigne probablement du caractère « auto-thérapeutique » de la conduite, et de la part de ses parents. Leur inquiétude manifeste était teintée d'ambivalence, ne pouvant clairement se positionner vis-à-vis du soin, dans la crainte avant tout des conséquences d'un arrêt de ses études que déterminerait ce temps d'hospitalisation.

C'est finalement, Paul qui décidera d'accepter les soins proposés. Il s'agit probablement à la fois d'un souci de « *faire ce qu'il y a de mieux* » pour lui, le mieux étant déterminé par le repère fort du savoir médical et scientifique, mais aussi d'une ébauche de critique et de reconnaissance du caractère douloureux de ses mécanismes obsessionnels. La crainte de Paul est justifiée, du moins consciemment, par l'impossibilité d'envisager une inactivité si longue.

A son entrée, le tableau clinique est dominé par la gravité des conséquences de sa dénutrition. Il pèse 38kg pour 1m77, ce qui détermine un **BMI à 12,5 kg/m²**. Il présente à l'examen clinique une hypotension artérielle mesurée à 80/60 mmHg, une bradycardie sinusale à 30 pulsations par minute, avec toutefois une bonne réactivité adrénergique déterminée par une absence d'hypotension orthostatique. En dehors de l'aspect cachectique, le reste de l'examen somatique met en évidence un retard pubertaire. On note une pilosité pubienne peu développée, des organes génitaux de petite taille et une verge dépigmentée. Paul ne rapporte pas d'érections. En revanche, la numération formule sanguine met en évidence une carence sur les trois lignées associant ainsi une anémie normocytaire grave à une leucopénie et une thrombopénie modérées. Ce tableau pose **l'indication à des soins en service d'endocrinologie**, associant une renutrition, une surveillance et une prise en charge thérapeutique de ses anomalies biologiques. Il s'agit également de ne pas participer au déni qui semble avoir profondément imprégné l'ensemble de son fonctionnement.

Paul se soumet alors à cette décision médicale qui vient comme un repère extérieur de « *ce qu'il faut faire* » et détermine pour lui une position d'autorité. Il est toutefois étonné de tant d'inquiétude à son égard. Cela témoigne de l'altération de son image corporelle ainsi que de son incapacité à percevoir ses sensations. Probablement, cela vient également révéler la dimension narcissique de ses modalités relationnelles en même temps que cela prend plus spécifiquement sens au regard de son histoire personnelle et familiale, sur laquelle nous reviendrons.

Il s'inquiète, par ailleurs et avant tout, de « *devenir feignant, de s'ennuyer et de ne rien faire* ».

L'hospitalisation en endocrinologie est l'occasion **d'une prise en charge nutritionnelle, hématologique et hormonale**. La reprise immédiate d'une alimentation totalement dénuée de sélection et de restriction associée à la pose d'une sonde naso-gastrique permet une reprise de poids de 6,4 kg en trois semaines (déterminant un BMI à 14,2 kg/m² à sa sortie). Cette

amélioration pondérale permet une accélération de la fréquence cardiaque à 40 pulsations par minute et une amélioration tensionnelle à 100/50 mmHg.

Concernant la pancytopénie, il existe une absence de carence en folates et vitamine B12. Le myélogramme révèle une moëlle osseuse riche sans élément pathologique particulier. Les sérologies hépatite B et C, ainsi que VIH et CMV sont négatives. Une supplémentation en fer et vitamines (B12 et folates) est alors instaurée.

Sur le plan endocrinologique, le taux de testostérone est bas à deux reprises, ce qui témoigne d'un hypogonadisme. Un traitement parentéral par testostérone est instauré.

Sur le plan psychiatrique, Paul bénéficiera d'entretiens avec un addictologue de liaison. Un **traitement par benzodiazépines** (clonazepam : 1mg réparti sur la journée) sera instauré afin d'apaiser la dimension hyperactive. Malgré l'amélioration comportementale de sa conduite alimentaire, il restera toutefois focalisé sur les « *quantités* » et très attaché à pouvoir déterminer « *les proportions adaptées et l'équilibre alimentaire* ». Son **incapacité à percevoir ses sensations et ses besoins corporels, probablement aggravée par la dénutrition**, nécessite la sollicitation de repères extérieurs « **scientifiques** », donc stables et prévisibles. **La crainte envahissante du raptus boulimique** témoigne aussi de la dimension d'avidité et de la répression des désirs sous-tendue par sa conduite.

Cette capacité nouvelle à ne plus, ni sélectionner, ni se restreindre conforte Paul dans l'idée qu'il est « *guéri* ». Son incapacité à entrevoir des déterminants psychologiques à sa conduite témoigne d'un déni de ses difficultés et incite d'autant à organiser un retour à l'unité d'addiction. Cette nouvelle admission reste incomprise. Paul s'était en effet toujours attaché au mieux à se conformer au cadre de soins proposé et aux conseils médicaux. Il ne peut entrevoir que ces mesures et ses efforts manifestes ne suffisent à ce que nous le déclarions guéri.

A son entrée, Paul est donc dans cet état d'esprit où prédomine le **souci de conformisme** qui lui permettrait de « *sortir au plus vite* ». Ce conformisme, tout à fait remarquable chez lui, témoigne, en réalité de sa **totale incapacité à conflictualiser les relations, ainsi que d'une nécessité pour lui de se mouler au plus près des désirs de l'autre**.

Paul est d'un contact relativement facile, bien que peu spontané, cherchant à deviner les attentes de son interlocuteur et d'y répondre « *au mieux* ». Dans la crainte de l'image qu'il pourrait nous renvoyer, il tient avant tout à **ne pas paraître «*prétentieux*»**. Cette «*humilité*» apparaît comme une valeur familiale. Elle s'inscrit très probablement au cœur d'une problématique narcissique prévalente. La même impression de maîtrise dans le discours teintera les entretiens avec les parents. Cela laisse également filtrer une impression de grande culpabilité, ou plutôt **dans une dimension plus archaïque, de honte**. Ces affects impossibles à verbaliser, semblent imprégner l'ensemble du système familial. Ils affleurent toutefois lorsque **Paul défend ses parents de toute mise en accusation éventuelle**.

Il est nécessaire de revenir sur l'histoire personnelle et familiale de Paul pour mieux entrevoir les enjeux de cette problématique.

L'enfance de Paul est marquée par des **accidents somatiques graves** où deux éléments apparaissent : **l'angoisse de mort qui a profondément imprégné le vécu familial et la notion de désintérêt médical**.

Paul est **né prématuré** à sept mois et demi de gestation, après une hospitalisation de sa mère de deux mois, où celle-ci a bénéficié de «*perfusions*» afin de maintenir la grossesse. Toutefois, «*dès trois mois, la grossesse ça a commencé à ne pas aller*» dira la mère sans donner plus d'explications. Sa première grossesse avait été, semble-t-il, également difficile. Durant ses premiers mois, Paul a présenté une **méningite bactérienne**, dont les symptômes auraient été initialement banalisés par le médecin traitant. «*Alors que le médecin disait que c'était pas grave, j'aurais pu mourir*», commente Paul, **si l'alerte n'avait pas été donnée par l'oncle maternel**, soignant de profession, qui reste une personne très investie aujourd'hui par son neveu. Dans l'enfance, il a, à nouveau, présenté une raideur de nuque douloureuse secondaire à une infection bactérienne. La réémergence de cette symptomatologie est alors venue raviver les angoisses parentales de la petite enfance.

Ces deux événements semblent résonner avec un épisode de l'enfance de la mère. Nous n'avons que peu d'éléments objectifs et médicaux concernant cet événement mais les éléments qui nous en sont donnés par Paul, de par leur caractère subjectif, mettent en évidence les fantasmes qu'ils sous-tendent. Ainsi, petite, **sa mère a présenté une insuffisance respiratoire** qui, par «*une petite bêtise du médecin*», a entraîné des séquelles pulmonaires

qui l'invalideraient encore aujourd'hui. **Son père, lui aussi, aurait souffert d'une maladie infantile grave** sur laquelle nous n'avons pas plus d'informations.

Ces éléments semblent fortement résonner avec le retard de prise en charge de **l'anorexie de Paul**, alors même que depuis deux ans les examens biologiques étaient alarmants. **La réaction médicale, qui semble ne se manifester que lorsque le pronostic vital est dangereusement engagé**, ne peut qu'interpeller sur le **phénomène de répétition** qui semble opérer. Ils interpellent également sur la nécessaire présence d'un tiers (l'oncle, le nouveau médecin généraliste qui n'est pas le médecin traitant de la famille) qui vient, chaque fois poser la limite. Rappelons que c'est Paul, lui-même qui choisit et consulte ce nouveau médecin généraliste, comme s'il venait **solliciter, sous prétexte d'une fracture de fatigue, enfin, l'inquiétude pour son corps, inquiétude ne pouvant émaner que d'un adulte hors de l'entourage habituel.**

Il est probable que la **passivité médicale**, du moins telle qu'elle apparaît dans la représentation de Paul et de ses parents, vient probablement comme un mécanisme de défense face à une culpabilité où **la figure du médecin incarne la difficulté parentale à protéger l'intégrité physique de leur fils.**

D'autre part, soulignons que ces éléments nous sont rapportés dès le premier entretien et qu'ils viennent, dans leur dimension transféro-contre-transférentielle, interroger notre compétence, en même temps qu'il est probable que Paul comme ses parents s'en remettent totalement à nous pour assurer sa protection.

Plus tard, l'enfance de Paul est avant tout marquée par un **investissement intellectuel important où la réussite scolaire est une de ses inquiétudes permanentes, inquiétude partagée par ses parents.** Ils rapportent que Paul a toujours été « *très à l'écoute des autres* », « *exigent* », « *faisant tout à fond* », autant de qualité, selon les valeurs familiales, qui font qu'il a été **un enfant « sans problème »**. Il aura son baccalauréat, section scientifique, avec mention très bien. Il poursuit ensuite des études universitaires dans le même domaine, dans l'objectif de devenir ingénieur. Ses **intérêts scolaires et son orientation scientifique** (son père a lui-même une formation de scientifique et travaille dans ce domaine) viennent confirmer le **partage de ces valeurs familiales.**

Notons que ses grands-parents paternels étaient artisans et tenaient un commerce d'alimentation. Ils sont morts relativement jeunes, nous n'auront pas d'informations

concernant les conditions de leur décès. Ses grands-parents maternels toujours vivants travaillaient dans la fonction publique.

Hors l'investissement de la réussite scolaire et des études, le **rejet de l'inactivité et la valorisation de la pratique sportive** sont le deuxième pan des valeurs familiales que les parents ont à cœur de transmettre à leurs enfants.

L'engagement sportif rapproche ainsi les deux frères, tous deux investis, dans l'athlétisme depuis l'adolescence. Ils font partie du même club et ont atteint le haut niveau.

Evoquons plus précisément **ce frère dont la place cruciale dans l'histoire des troubles de Paul est manifeste**. Soulignons que nous n'avons jamais rencontré le frère de Paul. Ce qui nous est confié, par Paul ou ses parents des troubles du frère, l'est toujours avec une grande parcimonie, voire une certaine réticence.

De six ans son aîné, il vit aujourd'hui au domicile familial avec Paul et ses parents. Après des études universitaires, il prépare aujourd'hui un concours de la fonction publique.

Vers dix-huit ans, alors que Paul a douze ans, **son frère développe un trouble du comportement alimentaire**. Le début des troubles fait suite à des réflexions de leur entraîneur, puisqu'il avait été qualifié de « *plus gros que son frère* » selon les dires de la mère. Paul, lui, évoquera plus clairement une dimension de rivalité sportive puisque le cadet commençait à obtenir de meilleurs résultats que l'aîné. Il se serait alors engagé dans des restrictions alimentaires sévères et une intensification des entraînements, en vue d'améliorer ses performances. Paul aurait alors « *tenté de l'aider en le poussant à manger* ». Selon la famille aucune prise en charge médicale n'a été mise en place, hormis des consultations psychiatriques ponctuelles. Là encore, le corps médical apparaît bien peu réactif...

Enfin, **l'amélioration est, dirions-nous, « permise » par un « passage de témoin » des troubles alimentaires à Paul**, trois ou quatre ans plus tard. Progressivement, son frère, et en parallèle de l'aggravation de Paul, retrouvera un état physique satisfaisant au prix de l'émergence de crises boulimiques.

La conduite anorexique de Paul débute vers 16 ans. Il pèse alors 48kg pour 1m 70 ce qui détermine un BMI à 17 kg/m². Son frère ne peut alors plus assurer, de par son amaigrissement, les résultats sportifs espérés. Sa présence dans un des championnats les plus

importants de la saison est donc impossible. Finalement c'est quelques mois avant cette compétition, que **Paul s'engage dans des mesures intensives de contrôle du poids, à travers une sélection stricte des apports et une majoration de la pratique sportive**. Il suit alors cinq entraînements de deux à trois heures chacun par semaine. Sa conduite est justifiée par une « *peur de grossir* », où la prise de poids pourrait venir mettre à mal ses **performances physiques**. Il ne pourra bien sûr, de par son amaigrissement rapide, pas répondre à ses attentes et à celles de ses entraîneurs concernant les enjeux de cette compétition majeure. Finalement aucun des deux frères ne sera présent lors du championnat.

Soulignons que le début des troubles coïncide également avec un **sentiment de décalage avec ses amis d'enfance : ceux-ci ont « changé »**. Ils commencent « *à sortir, à boire, à fumer* », alors qu'il reste très attaché à ses préoccupations scolaires et sportives. Cela vient probablement souligner la difficulté à élaborer le processus de l'adolescence où la multiplication des expériences dans le groupe de pairs permet le travail identificatoire qui vient renforcer l'identité. Chez Paul, au contraire, les investissements restent ceux de l'enfance. Son sentiment de « **ne plus être intéressant** », de « **devenir transparent** » aux yeux de ses amis témoigne de **sa fragilité narcissique**. Son engagement solitaire et obsessionnel dans la conduite anorexique entraîne ainsi un évitement des contacts avec ses amis et renforce ainsi le rapprochement et donc la dépendance aux objets primaires. La dimension de maîtrise vient vraisemblablement apaiser l'angoisse face à l'« **écart narcissico-objectal** » qui se creuse.

Le poids de Paul chute progressivement alors qu'il est « *pris au piège* » de sa conduite. La restriction apparaît, associée à l'intensification de la sélection alimentaire. **Sa conduite s'aménage de façon obsessionnelle autour de préoccupations concernant la nourriture et sa forme physique**. A dix-huit ans, il pèse 40kg pour 1m75. La pratique de la course en compétition est interrompue, alors qu'un nouvel entraîneur arrive au club et lui fait part de ses inquiétudes. Paul avait perçu que ses « *nerfs ne suivaient plus* » mais n'avait en aucun cas pu prendre conscience de la fragilité de son état physique. Soulignons que nous n'avons pas la notion, comme chez Julien et comme il classiquement décrit, de réaménagements familiaux autour des symptômes alimentaires qui viennent, en apparence, conflictualiser les relations.

C'est, par un stage professionnel dans le cadre de sa formation universitaire, qu'à nouveau son amaigrissement est souligné par quelques-uns de ses collègues. Il pourra alors

s'autoriser à reconnaître et à leur confier l'engrenage obsessionnel dont il ne peut se dégager. Des consultations avec son médecin traitant amènent, selon lui, à une banalisation des troubles de la part de celui-ci qui serait d'ailleurs « *contre les psys* ». La consultation avec ce nouveau médecin qu'il sollicite lui-même vient enfin s'opposer à la poursuite de l'engrenage.

C'est donc dans ce contexte qu'il est hospitalisé à l'unité d'addictologie, puis très rapidement dans le service d'endocrinologie pendant trois semaines.

A son retour dans l'unité d'addictologie, la première semaine d'hospitalisation constitue une semaine d'évaluation à la fois par les soignants et par Paul lui-même de ses besoins et de ses attentes du soin.

Ainsi, sur le plan symptomatique, on observe une dimension hyperactive contre laquelle Paul lutte (avec une bonne volonté remarquable) avec difficulté et les temps de repos sont des moments particulièrement douloureux et anxiogènes. Le comportement alimentaire est dénué, du moins en apparence, de sélection et de restriction, ce que Paul soulignera tout au long de son hospitalisation. Toutefois il confie volontiers sa crainte du raptus boulimique et la nécessité pour lui de se rattacher à des éléments objectifs concernant les quantités. Ainsi, le bilan psychomoteur montrera des **difficultés dans l'éprouvé corporel** auquel se substitue, là encore, des tentatives d'intellectualisation et une recherche de **répondre avec la plus grande adéquation possible aux désirs supposés de l'interlocuteur**. Par ailleurs, Paul pourra exprimer, partiellement, sa fragilité narcissique à travers l'évocation de ses difficultés relationnelles, évocation toujours teintée de maîtrise dans le discours. Il dit souffrir d'une incapacité à se « *faire respecter* » associé à un désir qu' « on pense » à lui, qu' « *on ne [l]'oublie pas* », « *qu'on [lui] montre qu'on l'aime* ». Cela vient probablement interroger les liens aux objets primaires, ce dont il se défend par la dénégation : « *avec mes parents, au contraire, y a pas de problèmes* ».

A travers ces éléments, la démarche de soins, s'appuyant sur un contrat de soin, s'attachera avant tout à un **travail de réappropriation des sensations corporelles** à travers des médiations centrées sur le corps ainsi que par des séances de psychomotricité. Une médiation conte est proposée afin de faire émerger la dimension d'imaginaire à l'opposé de la tendance à l'intellectualisation et à la maîtrise. Le soutien narcissique s'effectue, dans tous les cas à travers ces différentes médiations, mais aussi par des entretiens infirmiers et médicaux.

Sur le plan comportemental et pondéral, l'évolution sera relativement satisfaisante puisque Paul pourra atteindre un BMI de 15 kg/m², trois semaines après son admission dans le service d'addictologie. Toutefois, Paul semble dans l'incapacité de se détacher du symptôme alimentaire. Son absence de difficulté apparente le renforce dans l'idée qu'il n'est « *plus malade* ».

Le travail familial, qui constitue un des axes essentiels du soin dans l'unité, s'ébauchera à travers un « entretien parent-enfant ». Paul s'y montre particulièrement réticent, inquiet de la capacité de ses parents à supporter cet événement. Il est probable, qu'à ses yeux, cet entretien soit l'occasion que nous interrogeons leur responsabilité dans la genèse du trouble de leur fils.

Cet entretien se fait en présence du médecin référent et de la psychologue qui n'intervient, elle, pas directement dans la prise en charge individuelle de Paul. Au cours de ce temps familial, **sa mère nous apparaît dans une attitude de retrait défensif**, tant dans son attitude corporelle que dans sa difficulté à soutenir le regard qui se fait fuyant. Nos questions sont très probablement vécues comme intrusives et les réponses sont parfois difficilement audibles. Son malaise est presque palpable. Son père intervient plus volontiers. Son inquiétude quant aux troubles de son fils est manifeste, tout comme celle de la mère. En fait, **le discours de Paul semble directement faire écho à celui de son père**. Le rejet de l'inactivité qu'elle soit physique ou intellectuelle, mais aussi la nécessité de protéger l'autre de toute manifestation agressive, de ne pas le « *blessé* », apparaissent fortement valorisées. De même, **toute tentative d'affirmation de soi serait de l'ordre du « prétentieux » et court-circuite, pour le moment, toute ébauche de renforcement narcissique chez Paul**.

Par ailleurs, cette « transmission » des troubles alimentaires de l'aîné au cadet, probablement au cœur de l'histoire familiale, semble mise sous silence. Ce silence, toujours dans la dimension transféro-contre-transférentielle, donne une impression d'« oubli », en réalité de déni qui pourrait nous gagner si nous n'y prenons garde. Nos interrogations à ce sujet semblent, là encore, mettre à mal les parents.

Dans une **tentative manifeste de protéger ses parents**, Paul insistera sur la bonne entente entre son frère et lui et sur la qualité des liens d'attachement qui l'unissent à ses parents. Cela vient probablement aussi rendre compte de cette incapacité à conflictualiser la relation à ses parents et des difficultés d'élaboration du processus de séparation-individuation.

Finalement, l'hospitalisation se terminera avec la fin de ce premier contrat. Son état physique s'étant amélioré et Paul manifestant son refus (ce qui restera son seul et unique signe d'opposition) de s'engager plus loin dans une hospitalisation temps plein, nous avons décidé la poursuite du soin en ambulatoire.

Nous avons, cependant, dû beaucoup insister sur la nécessité de maintenir une prise en charge thérapeutique. Nous l'avons alors réadressé à l'unité de soins ambulatoires en addictologie. Nous étions toutefois très inquiets sur sa capacité à réaménager ses modalités relationnelles de par l'intensité de sa fragilité narcissique à laquelle répondait des défenses particulièrement rigides. **Le processus de séparation-individuation nous paraissait ne pouvoir s'engager qu'au prix d'un travail familial** qui semblait difficilement envisageable pour le moment. Peut-être voulait-il nous rassurer ? Il a, en tout cas, à son départ, écrit une lettre à chacun de ses référents médicaux et infirmiers où il nous confiait sa gratitude de lui « *avoir permis de guérir si vite* » !

Le soin s'est effectivement poursuivi à travers une **hospitalisation de jour** d'un an qui s'est articulée avec une **prise en charge somatique par son médecin généraliste**. Avec lui, **des repères de poids stricts et probablement rassurants**, ont été mis en place déterminant des paliers de reprise des études et du sport. La supplémentation vitaminique et hormonale s'est poursuivie également.

A la faveur de cette prise en charge Paul a pu évoluer favorablement sur le plan pondéral. Quelques mois plus tard, lors d'une consultation, l'endocrinologue qui l'avait suivi pendant son hospitalisation, notait une amélioration clinique. Ainsi Paul rapportait l'apparition de quelques érections matinales. A l'examen clinique, il existait une augmentation de la taille de la verge ainsi que de la pilosité pubienne.

Sur le plan psychologique, il semble qu'il ait pu, quelque peu, consolider ses assises narcissiques qui restent toutefois très fragiles. La fin de cette prise en charge a finalement été accélérée par le départ de Paul à plusieurs centaines de kilomètres de chez ses parents en vue de se spécialiser sur le plan universitaire.

C'est la question de la « **menace** » de mort qui paraît au centre de l'histoire des troubles alimentaires de Paul. Elle se concrétise à travers la gravité de l'état somatique de Paul qui met en jeu son pronostic vital à court terme. Elle prend en tout cas sens à travers

l'histoire personnelle et familiale de Paul. Finalement, au delà de la dimension de rivalité fraternelle, c'est probablement la question de la sauvegarde de l'intégrité physique de son frère qui apparaît dans le développement des troubles de Paul. Celui-ci a-t-il permis que l'état somatique de son frère n'atteigne pas le seuil (de la mort) nécessaire à l'intervention d'un tiers ?

Le trouble alimentaire vient également rendre compte de **l'intensité des fragilités narcissiques** de ce jeune homme et des **difficultés élaboratives du travail de séparation-individuation** réactivé par les processus pubertaires dans leurs dimensions corporelle et psychique. La **problématique du lien de dépendance aux objets primaires** est probablement plus archaïque que dans le cas de Julien : à travers la nécessaire présence d'un tiers que Paul semble trouver en dehors de l'« unité familiale », apparaît la dimension relationnelle narcissique, duelle, en miroir, du fonctionnement familial.

Paul, dans sa volonté de satisfaire aux désirs de l'autre rappelle l'« enfant-image » décrit par Bruch. Ainsi, son incapacité à percevoir ses propres sensations et besoins, la poursuite d'objectifs sportifs et scolaires qui viennent avant tout répondre aux aspirations de son père, évoque cette « *relation de complétude narcissique* » qui trouve son origine dans les premières relations parents-enfant.

C'est semble-t-il, et avant tout, la **question identitaire** qui vient se concrétiser à travers la conduite anorexique de Paul.



Quelques éléments doivent être soulignés concernant ces deux tableaux d'anorexie restrictive.

- **Sur le plan comportemental**, on observe une dimension d'hyperactivité physique globale mais qui semble s'organiser avant tout dans une pratique sportive intensive. La question de la recherche de minceur n'est pas non plus évoquée. C'est avant tout, le désir de « ne pas grossir » et surtout d'améliorer ses performances sportives, qui vient justifier la conduite anorexique.
- **La gravité est évidente** chez les deux patients. Chez Julien, elle se manifeste par une chronicisation des troubles qui évoluent depuis neuf ans ; chez Paul, par une gravité somatique mettant directement en jeu le pronostic vital.
- Dans les deux cas, le diagnostic a été pendant de nombreuses années l'objet d'un **déni** tant personnel que familial et qui s'est, semble-t-il, étendu à l'entourage amical, sportif et médical.
- **Le fonctionnement obsessionnel**, certes plus marqué chez Julien, se manifeste toutefois par une tendance au perfectionnisme dans les deux cas.
- **La question d'un achoppement du processus de séparation-individuation** semble largement interrogée à travers la conduite pathologique. Les questions narcissique et identitaire semblent au cœur de la problématique de ces deux garçons.
- Par ailleurs, **les questions de la sexualisation du corps et de la sexualité** surviennent à plusieurs reprises : à travers le retard pubertaire de Paul, qui jamais ne s'en plaindra alors qu'il a vingt ans, ni même ne l'évoquera; à travers les premières expériences de Julien avec des jeunes filles ; à travers aussi le cas du frère de Paul. Il débute son trouble alimentaire à la suite d'une « réflexion » des entraîneurs. Cette « comparaison » entre son corps de jeune homme de dix-huit ans avec celui de Paul, qui a alors douze ans et qui était vraisemblablement pré-pubère, interroge aussi sur l'importance des transformations pubertaires qui sexualisent le corps, dans la genèse de la pathologie.
- Les troubles alimentaires des deux frères, atteints d'une pathologie que l'on dit extrêmement rare chez l'homme, interrogent également **la vulnérabilité génétique**.

Ainsi, ces observations, qui malgré l'histoire singulière, familiale et personnelle, de chacun de ces deux patients, semblent rendre compte d'une conduite anorexique relativement typique dont les enjeux psychologiques semblent se rapprocher au plus près de la problématique identitaire classiquement retrouvée chez la jeune fille. Représentent-elles des formes typiques d'anorexie masculine tant sur le plan comportemental que psychopathologique ? Elles sont

l'occasion de s'interroger sur les spécificités de la conduite anorexique chez l'homme. Dans tous les cas, leur similitude avec le processus anorectique féminin ne peut qu'interroger sur la faible représentation masculine des patients atteints d'anorexie mentale.



Nous allons donc décliner notre réflexion selon trois grands axes :

- S'interroger sur l'existence de l'anorexie mentale masculine et tenter, à travers une perspective descriptive, d'éclairer les points fondamentaux et spécifiques de la conduite sous l'angle de la comparaison avec la figure classiquement décrite chez la jeune fille.
- Tenter de réfléchir, à travers la notion de vulnérabilité, dans une perspective ethio-pathogénique multifactorielle, à la faible prévalence masculine du diagnostic d'anorexie mentale.
- Réfléchir à des formes cliniques plus spécifiquement masculines d'anorexie mentale, entre autre à travers le concept d'addiction, formes qui pourraient aussi venir éclairer la notion d'une faible prévalence du diagnostic chez l'homme.

I. L'ANOREXIE MENTALE MASCULINE SOUS L'ANGLE DE LA COMPARAISON AVEC L'ANOREXIE MENTALE FEMININE

Nous tenterons ici d'élaborer une description de l'anorexie mentale masculine en la comparant à la figure féminine et ainsi de répondre à certaines des questions principales de ce travail. L'anorexie mentale du garçon existe-t-elle ? Quelles en sont ses spécificités ?

A. L'EVOLUTION DES IDEES

En premier lieu, il nous faudra retracer, en l'articulant avec l'histoire des idées plus générale sur l'anorexie mentale, le long cheminement qui mènera à ce qu'émerge la reconnaissance de l'anorexie mentale masculine.

1. Les premières descriptions

Bien que les premières formulations du diagnostic d'anorexie mentale émergent vers la fin du XIXe siècle en France et en Angleterre, on retrouve des références occasionnelles à ce type d'inanition auto-infligée dans une littérature bien antérieure.

Dans les chroniques et les hagiographies du XIIIe au XVIe siècle, on retrouve des descriptions de lutte volontaire contre la faim chez les religieuses, telles les « mortifications » de Sainte Catherine de Sienne. Le jeûne prolongé est alors considéré comme « *un miracle féminin* » et les femmes qui s'y adonnent sont considérées comme des saintes (Darmon [50]).

Progressivement, le jeûne entre dans la sphère des compétences médicales. Ainsi en **1689, Richard Morton**, médecin londonien et membre du College of Physicians, publie l'ouvrage « *Phtisiologica, or a Treatise of Consumption* ». Il passe pour être **l'auteur du premier compte-rendu de l'anorexie de toute la littérature médicale**. Il y décrit une « *consumption nerveuse* » causée par « *la tristesse et le souci anxieux* » que l'on reconnaît aujourd'hui volontiers comme une anorexie mentale (Bruch [20]). Il rapporte deux cas, l'un féminin et **l'autre masculin**.

Ainsi, la première description de l'anorexie mentale masculine est contemporaine des toutes premières descriptions médicales.

Richard Morton rend compte dans son traité du cas d'un **jeune garçon de seize ans**, fils du Révérend Père Steele. Celui-là « *tomba peu à peu dans un état de totale perte d'appétit causé par le fait qu'il étudiait trop, et par les Passions de son Esprit, et puis ce devint une Atrophie Générale, s'installant de plus en plus pendant deux années sans Toux, sans Fièvre ou autre Symptôme d'un trouble des Poumons, ou d'un autre Dérangement ; et aussi sans Relâchement ou Diabète ou tout autre signe de Colique, ou Evacuation Anormale. Donc j'ai jugé cette Consomption comme étant nerveuse et ayant sa source dans tout l'Habit du Corps, et venant du système des Nerfs qui se trouve dérangé.* »¹ (Bruch [20])

J. Silverman [130] recense dans la littérature médicale de 1689 à 1790, deux autres descriptions d'un tableau qu'il rattache à l'anorexie mentale et dont les caractéristiques remplissent, selon lui, les critères de Feighner (1972) [55] et du DSM-III (1980) pour l'anorexie mentale.

Soixante-quinze ans après Morton, **Robert Whytt of Edimburgh** publie une description « *d'atrophie nerveuse* ». Parmi ces cas, il rapporte celui d'un **jeune garçon de quatorze ans** : « *A partir du mois de juin 1757, [...] il commença à perdre l'appétit et avoir une mauvaise digestion [...]. Bien qu'il perde quotidiennement du poids, [...] sa langue était propre. Sa peau était plus froide qu'ordinaire et, alité, son pouls battait à seulement quarante-trois pulsations par minute. Vers le milieu du mois de juillet, alors qu'il était réduit à la peau sur les os, son pouls n'excédait pas trente-neuf par minute. Vers la fin du mois d'août, la maladie pris soudain une certaine tournure, il commença à avoir des compulsions alimentaires avec une digestion rapide, il existait deux ou trois épisodes par jour. [...] Vers le milieu du mois d'octobre, il était plus charnu qu'il ne l'avait jamais été. Aux environs de novembre il retrouva un appétit modéré et son pouls retrouva un état plus naturel. Depuis, malgré toute mon attention, je n'ai pu découvrir la cause ni des premières plaintes du patient, ni du retournement soudain et contraire qui a été pris par la suite. Toutefois, je pense qu'il mérite d'être mentionné comme un bon exemple d'atrophie nerveuse et des effets d'un tel trouble sur le ralentissement du pouls comme il n'est pas possible de l'observer dans les conditions naturelles.* »

¹ Morton, 1689, cité par H. Bruch: Eating Disorders. Trad. Française: Les Yeux et le Ventre. 1975, Payot, Paris

En 1790, **Robert Willan**, publie à Londres un récit qu'il nomme « **Remarkable Case of Abstinence** », dans lequel il décrit la mort en 1786 d'un jeune Anglais après soixante-dix-huit jours de jeûne et dont la description évoque un comportement sous-tendu par une structure psychotique. « *Un jeune homme d'une tournure d'esprit studieuse et mélancolique* » développe d'abord des symptômes digestifs pendant deux ans puis brutalement s'engage dans un jeûne total dans l'espoir de faire disparaître ses symptômes désagréables. Willan suggère toutefois que ce jeûne était le résultat de « *notions religieuses erronées* ». Le patient « *se coupa brutalement de son travail et de ses amis, pris un logement dans une rue obscure et s'engagea dans son plan qui était de s'abstenir de toute nourriture solide. [...] Les cinquante premiers jours il fut capable de poursuivre ses études qui consistaient à copier la Bible en sténographie.* » Du cinquantième au soixantième jour il s'aggrava brutalement mais pensait qu'il « *pouvait le supporter de façon surnaturelle* ». Toutefois, au soixantième jour, « *il avait perdu ses illusions, il trouvait lui-même qu'il s'aggravait et qu'il coulait dans la tombe.* » Ce jour-là, l'observation de Willan relève : « *il était émacié à un degré étonnant, les muscles de la face avaient complètement disparu ; ses pommettes et les zygomatiques étaient proéminents et lui donnaient une allure effrayante, [...] les membres étaient réduits au plus haut degré de maigreur [...] Tout l'aspect suggérait l'idée d'un squelette. Ces yeux gardaient leur éclat et sa voix restait claire, ce qui discordait avec la faiblesse générale.* » Au soixante-troisième jour « *il mangea une énorme quantité de pain et de beurre et vomit.* » Au soixante-septième jour, le patient développa des troubles mnésiques, devint « *délirant et incontrôlable* ». Willan ne revit le patient que la veille de sa mort, où il nota qu'« *il acceptait toute l'alimentation qu'on lui offrait.* »

2. Une absence remarquable

Il est frappant qu'à la suite de ces premières descriptions, **les cas masculins disparaissent quasiment de la littérature jusqu'à il y a une cinquantaine d'années**. L'identification du syndrome d'anorexie mentale et son rattachement à la nosographie médicale marque le début d'une longue période où la maladie est considérée comme l'apanage du sexe féminin au point que la question d'une éventuelle existence chez l'homme ne se pose pas.

a) L'anorexie hystérique n'existe pas chez l'homme !

Les premières descriptions cliniques isolant ce syndrome dans ses aspects psychologiques datent de la fin du XIXe siècle. En 1873, le médecin français Lasègue, publie un article intitulé « *De l'Anorexie Hystérique* » où il rapporte huit observations de jeunes filles qui présentaient un grave amaigrissement et un refus de nourriture. Il considère alors les symptômes comme étant « *un dérèglement hystérique* » au niveau de l'appareil digestif. Au même moment en Angleterre, Gull invente le terme *d'Anorexia Nervosa*, qu'il décrit comme « *un état mental causé par des troubles centraux et héréditaires* » et qu'il rattache à une « *mental perversity* ». (Bruch [20])

Malgré les précédentes descriptions masculines de « consommation nerveuse », l'inscription du diagnostic dans les taxinomies médicales et la mise en valeur de son origine « morale et nerveuse » occulte quasiment totalement l'existence de l'anorexie masculine.

Notre réflexion nécessite un détour par le contexte « socio-médical » dans lequel naît le diagnostic d'anorexie hystérique.

Lucien Israël [75], souligne que l'hystérie « *représentait ce qu'il y avait d'inquiétant, d'irritant, de menaçant chez les femmes. Il n'est pas un seul défaut, pas une seule caractéristique psychique, intellectuelle ou morale qu'on ait reproché aux femmes qui ne se retrouve dans les descriptions de l'hystérie.* » De là, comme le souligne Brusset [23], « *il est logique qu'une affection [l'anorexie mentale] aussi illogique au regard clinique et chez une femme jeune suffise à faire évoquer l'hystérie au sens de ce terme en 1873* ».

Par ailleurs, « *il va de soi que l'hystérie dont l'origine est à rechercher dans la matrice ne peut se retrouver chez l'homme.* » Et ainsi « *Dire à un homme « vous êtes hystérique » reviendrait dans ces conditions à lui dire « vous n'êtes pas un homme »* ». En effet, « *pendant longtemps, les médecins ont été dans leur immense majorité des hommes. [...] Se crée une sorte de complicité inconsciente entre malades hommes et médecins hommes pour éviter le diagnostic honteux, infamant.* » (Israël [75])

Par là, L. Israël évoque la dimension de contre-attitude suscitée par la défense hystérique chez le thérapeute. On en vient alors à s'interroger sur cet aspect contre-transférentiel dans l'anorexie mentale, sur ce qu'il y a « *d'inquiétant, d'irritant, de*

menaçant » chez l'anorexique, pour reprendre les termes d'Israël, et qui mènera le clinicien homme à parler d'hystérie.

Par ailleurs, Brusset [26] pointe **la dimension du contre-transfert** dans l'anorexie mentale. Il évoque chez l'interlocuteur « *un malaise, un agacement qui risquent de susciter des réactions agressives, moralisatrices de rejet [...induit] par le contraste saisissant entre un aspect corporel décharné et un récit qui le nie et va jusqu'à soutenir l'inverse [...].* »

Jeammet [78] souligne « *le scandale pour l'esprit* » devant « *l'énigme posée par ces jeunes filles, qui ont souvent, sinon tout, du moins beaucoup pour elles, [...] et qui au lieu de cultiver l'épanouissement de ces potentialités, se lancent à corps perdu dans cette frénésie destructrice. [...] un autre facteur de fascination est cette dimension de défi qu'elles nous lancent. [...] Elles nous sollicitent à un double niveau de violence [... qui] nous oblige à faire pour nous même tout un travail d'élaboration et de compromis* ».

Peut-on supposer alors que le clinicien de la fin du XIXe siècle ne fait pas ce « travail d'élaboration » et, écartant toute « menace » pour lui-même, « projette » sur le sexe féminin cette maladie « agaçante » et « scandaleuse » « forcément hystérique » ?

Peut-on, également, reprendre les termes de L. Israël, et penser qu'à cette époque « dire à un homme « vous êtes anorexique » revenait à lui dire « vous n'êtes pas un homme. » ? Ce qui, soulignons-le, évoque d'une certaine façon, une des caractéristiques centrales de la problématique de l'anorexie masculine, celle de l'identité sexuelle.

<p>De là, le choix par Lasègue du terme « <i>anorexie hystérique</i> », à une époque où il n'est d'hystérique que de féminin, semble confirmer cette appartenance du syndrome au sexe féminin.</p>

Toutefois, bien qu'« auteur » du rattachement de l'anorexie au spectre de l'hystérie, Lasègue spécifie, comme le pointe Brusset [23], qu'il les rapprochait « *faute de mieux* ». De même, comme le souligne H. Bruch [20], Gull suspecte d'emblée que la maladie peut survenir chez l'homme mais qu'il n'en note aucun cas. C'est en partie pourquoi il écarte ce rapprochement et dénomme l'apepsie *hystérique* en *anorexie nerveuse*.

Ce sont quelques années plus tard que Charcot et Déjerine confirmeront qu'ils « *retrouvent tous les traits de l'hystérie chez les anorexiques.* » Tout comme Freud « *dans ses premiers écrits, tout en abordant la note dépressive à travers un rapprochement avec la*

mélancolie, fait de l'anorexie avant tout un symptôme de conversion hystérique, le dégoût alimentaire étant interprété comme la conséquence d'un refoulement de l'érotisme oral. »
(Venisse [140])

b) Le désintérêt : une absence de débat diagnostique

(1) L'étiologie organique

A partir du début du XXe siècle et la découverte par Simmonds, en 1914, de la cachexie panhypophysaire, l'idée selon laquelle l'affection serait d'origine psychique est abandonnée. Elle est alors rattachée à une **éthio-pathogénie d'origine endocrinienne centrale** dont l'aménorrhée en est le symptôme manifeste. Cela renforce l'idée d'une pathologie purement féminine.

(2) Une pathologie d'origine psycho-génétique

Il faudra attendre la description par Sheehan de la nécrose hypophysaire du post-partum en 1937, permettant de distinguer panhypopituitarisme et anorexie mentale, pour que soient reprises les hypothèses psycho-génétiques. Toutefois, l'anorexie mentale reste une **pathologie exclusivement féminine** et les descriptions cliniques masculines ne réapparaîtront dans la littérature qu'à la moitié du siècle dernier.

(a) La nécessaire aménorrhée :

En effet, les critères diagnostiques restent flous jusqu'aux années soixante-dix et se fondent sur la triade clinique de Lasègue (anorexie, amaigrissement, aménorrhée) qui exclue donc l'appartenance du syndrome au sexe masculin.

Crisp [48] note que la littérature médicale, tout du moins anglophone, du milieu du XXe siècle écarte l'existence du syndrome chez l'homme : Cobb¹ en 1943, Nemiah² en 1950 et Kidd et Wood³ en 1966 l'excluent de par la nécessaire présence d'une aménorrhée pour porter le diagnostic.

¹ Cobb S.: *Borderlines of psychiatry*, Cambridge, MA : Harvard Univ. Press, 1943

² Nemiah J.C.: *Anorexia Nervosa : A clinical Study*. *Medicine*, 1950, 29, 225-268

³ Kidd J.C. and Wood J.F. : *Some observations on anorexia nervosa*. *Postgrad. Medicine J.*: 1966, 42, 443-448

Les hommes sont donc exclus des théorisations de l'anorexie mentale, à quelques exceptions près, de 1870 à 1970. Ils échappent d'abord à la définition de l'hystérie puis plus tard (alors même que Charcot a attiré l'attention sur l'hystérie chez l'homme) et selon la perspective sémiologique à un des critères supposé central : l'aménorrhée. Les théories psychanalytiques soutiennent cette exclusion à une époque où le syndrome est compris par rapport au désir de grossesse dans la réactivation oedipienne, la crainte de l'obésité représentant alors la crainte du désir de grossesse.

(b) Le manque d'intérêt

Toutefois, il existe alors bien peu de données au point qu' Hilde Bruch, en 1973 [20], souligne que la littérature contemporaine anglophone de l'époque « *accorde peu d'attention aux anorexiques masculins [...] Quand de tels cas se produisent c'est toujours sous forme d'appendices ou de notes.* »

Néanmoins, certains auteurs ne peuvent que constater l'existence d'un syndrome présentant un certain mimétisme sémiologique et psychopathologique avec celui de l'anorexie mentale de la jeune fille.

Dally¹ en 1969 qui rapporte 6 patients masculins parmi une série de 146 cas remarque toutefois que « *l'anorexie chez l'homme était un état plus hétérogène et qu'il était difficile de comparer le déroulement et l'issue de la maladie chez les deux sexes.* »

(c) Un syndrome atypique : de la structure hystérique féminine à la structure psychotique masculine

Ces observations interrogent les cliniciens qui semblent chercher à rationaliser cette évidence clinique dans le flou conceptuel où se trouve alors pris le syndrome, à tel point qu'apparaît, en lien probable avec cette bizarrerie qu'inspire un tableau clinique ne répondant pas aux critères nosographiques, l' hypothèse d'un **processus psychotique sous-jacent**.

¹ Dally P. : Anorexia Nervosa, Grune and Stratton, New York, 1969

En 1970, Mara Selvini¹, auteur de référence sur l'anorexie mentale, à la fois sur le plan psychodynamique (à l'origine du concept de « paranoïa intra-personnelle) et dans le champ de la systémie, exclut l'existence du syndrome typique chez l'homme. Elle affirme dans « *une note* » : « *les cas de sous-alimentation que j'ai observés chez les hommes étaient des cas de pseudo-anorexie. L'un était celui d'un moine qui avaient des hallucinations paranoïdes : il pensait pouvoir en jeûnant obtenir la rédemption des membres de son ordre. Un autre était dominé par des pensées hypochondriaques de type schizophrénique, axées sur le système digestif. Le troisième était plus proche de la véritable anorexie, notamment à cause de la présence de signes atypiques [...].* ». Cette « note » vient souligner le peu d'attention accordée (voire le déni ?) au syndrome masculin qu'elle qu'en soit la structure sous-jacente. (H. Bruch [20]).

Il est toutefois frappant de remarquer que la représentation actuelle que se fait le corps médical de l'anorexie mentale chez le garçon est étroitement liée à la notion de psychose. On peut alors s'étonner de ne rien retrouver d'un tel débat dans la littérature de l'époque où paraît s'enraciner cette hypothèse et se demander d'où vient la solidité de cette « croyance ». Nous y reviendrons.

3. Vers la reconnaissance du syndrome chez l'homme ?

Néanmoins, en même temps, voire de façon plus précoce mais aussi ponctuelle et isolée, certains auteurs, soutiennent la thèse d'une anorexie masculine typique qu'ils intègrent (du moins chez les auteurs français), dans le prolongement de Lasègue, à la névrose.

a) Les premiers droits de citer de l'anorexie masculine: des observations isolées dans la littérature française et étrangère

Alliez [4] dans un article datant de 1954 retient dans la littérature de 1892 à 1954, **dix cas d'anorexie mentale parmi des hommes** outre les deux appartenant à ses propres observations.

La première concerne Gérard, un jeune homme de **seize ans**, « *élève brillant et discipliné* » qui « *n'a cessé d'être affectueux et gentil* ». A la suite de **moqueries** d'une jeune

¹ Selvini, M.P., Anorexia Nervosa, p197-218 in The World Biennial of psychiatry and Psychotherapy, Vol 1, S Arieti, ed., Basic Books, Inc, New York, 1970

filles qui lui a préféré un de ses camarades parce qu' « **il était trop gros** », il s'engage dans une **restriction alimentaire associée à des mesures de surveillance drastique du poids** qui le mènent à **perdre 10 kilos** en trois semaines. Il devient alors « **exigent et agressif** ». Alliez pointe un « *élément conflictuel sous-jacent très important dans la genèse de ses troubles* ». Depuis cinq ans **son père a disparu** à la suite d' « *un coup de bourse malheureux* » si bien **qu'il vit seul avec sa mère et sa grand-mère**. « *Il ne tolère pas qu'on dise du mal [de son père] et ne peut souffrir qu'un jour sa mère puisse refaire sa vie* »

La seconde observation est celle de Lucien, 15 ans et demi, qui depuis un an a « *considérablement maigri* ». « *Très **préoccupé par sa plastique corporelle**, il fait du sport, de la natation, de l'athlétisme. Il est en rapport avec un **institut de culture physique** de Nice qui lui procure des revues illustrées [...]. Sa chambre est décorée de **photos d'athlètes célèbres**.* »

A sa mère qui présente un certain embonpoint le jeune homme fera remarquer: « **Tu ne voudrais pas que je devienne comme toi** ». Elle lui prépare « **une cuisine spéciale, cherchant à prévenir ses désirs éventuels : en vain, il ne désire rien.** »

Le discours du jeune homme est pauvre. Il décrit un père « *gentil avec lui, tout comme sa mère. Il n'a aucune inclination élective pour l'un ou l'autre* ». Toutefois l'auteur pointe que les dessins représentant la famille montre **un père « se désintéressant totalement de ce qui se passe autour de lui »** et l'absence physique de Lucien. Dans les entretiens **la mère paraît « constitutionnellement anxieuse »** et « *répond aux questions même celles adressées au père [... qui] ne cesse de pleurer en silence.* » Par ailleurs Alliez pointe deux antécédents importants : « *Lucien a été nourri au sein jusqu'à deux ans et demi. Le **sevrage a été brutal** : à la suite d'une chute l'enfant s'étant blessé à la lèvre supérieure, l'enfant n'a plus pu téter. Il n'a pas réclamé le sein par la suite, il n'a pas sucé son pouce mais il a été énurétique pendant cinq ans* ».

D'une part, et c'est pourquoi nous avons choisi de rapporter ces deux observations, elles nous semblent représentatives à la fois sur le plan sémiologique et psychodynamique d'un fonctionnement psychique anorexique typique en même temps qu'elles pointent quelques particularités peut-être plus spécifiquement masculines.

Les signes sémiologiques de l'anorexie mentale sont retrouvés : la perte de poids, le contrôle alimentaire, et de façon particulièrement fréquente de ce qui peut être noté chez l'homme, l'hyperactivité sportive.

Par ailleurs, sur un plan psychopathologique, les auteurs mettent l'accent sur l'hyperconformisme de l'enfant, le verrouillage des désirs, les éléments de régression orale, la dynamique familiale particulière où prédomine la fragilité de la place du père et la prédominance de l'identification à la mère, contre-investie par « *la recherche des effets de muscles* », ce qui à notre sens témoigne peut-être d'une identité psychosexuelle mal établie.

D'autre part, cet article nous paraît s'intéresser, de façon tout à fait précoce et représentative d'un certain mouvement qui restera longtemps isolé, à la possible existence du syndrome chez l'homme en même temps qu'il interroge les théorisations de l'époque qui seront quelques vingt ans plus tard remises en cause.

- « *L'anorexie mentale du garçon est-elle authentique ?* ». Alliez y répond d'une façon « avant-gardiste » pour l'époque. « *Tout nous porte à le croire. La séméiologie présentée par ces malades –hormis les signes de la série sexuelle [...]– est **en tout point superposable à celle de la jeune fille*** » ce que confirmeront les études bien plus récentes sur la présentation clinique du tableau masculin.
- Toutefois, **l'absence d'aménorrhée**, point alors fondamental du diagnostic, n'élimine pour lui en rien le diagnostic. Cela l'amène au contraire à élargir le champ de la réflexion et à envisager « *trouver une **insuffisance testiculaire**, correspondant à l'insuffisance ovarienne de la jeune fille ?* »
- En dernier lieu, il pointe « *les **difficultés d'interprétation de tels cas**, l'aspect endocrinien ou psychogène de la maladie n'ayant guère été envisagé jusqu'ici que du seul point de vue psycho-somatique féminin* » ce qui nous paraît d'ailleurs toujours d'une criante actualité.

Dix ans plus tard, la « Revue de Neuropsychiatrie Infantile » consacre trois articles à l'anorexie masculine dans un numéro dédié à l'anorexie mentale. Probable reflet d'une certaine évolution des idées, l'existence du syndrome chez l'homme ne semble, ici, pas faire de doute même si les auteurs en pointent une des grandes particularités selon eux, celle de la gravité du tableau clinique.

- **Aubert et Peigné [10]** décrivent deux cas d'anorexie masculine dont ils soulignent « *la **gravité [du tableau clinique]** chez ces deux adolescents anorexiques [...] où prédomine l'intensité du syndrome endocrinien [...] et où] la structure mentale [est marquée par] une arriération affective importante avec une relation de dépendance*

étroite avec la mère». « Dans l'un et l'autre cas le diagnostic d'anorexie mentale semble évident et indiscutable. »

- **Haguenau et Koupernik** [69], présentant deux cas masculins de leur propre série, et, évoquant « *une somato-névrose* », pointe le flou diagnostique entraînant, par là, la difficulté à poser le diagnostic chez l'homme. « *Il semble bien que l'accord sur la définition même de l'anorexie mentale ne soit pas réalisé. En effet certains la considèrent comme une affection spécifique de la jeune fille, conforme en tous points à la classique anorexie hystérique de Lasègue et vont jusqu'à considérer l'aménorrhée comme un critère constant.* »
- **Decourt** [51] rapporte huit cas sur les deux cents qu'il a observés en trente ans. Il en note la très évidente rareté et la présence d'un « *état névrotique particulièrement sévère* ».

Cette notion de gravité est-elle une caractéristique masculine ? Ou bien est-elle avant tout déterminée par un biais de sélection lié à la mauvaise reconnaissance du syndrome ?

On retrouve également dans la littérature étrangère des observations cliniques à travers lesquelles les auteurs soutiennent l'existence de l'anorexie mentale chez le garçon.

- **Falstein**¹ en 1956 analyse quatre garçons pré-pubères dont le comportement pathologique envers la nourriture, la personne qui nourrit, leur propre corps et leur image corporelle traduit un état similaire au cas classique de l'anorexie mentale.
- **Crisp**², en 1962, publie dans le Postgraduate Medicine un article nommé « A Case of Anorexia in the Male »
- **Tolstrup**³, en 1965 présente quatre hommes dont il pense qu'ils présentaient un syndrome typique d'anorexie mentale
- **Ushakov**⁴, en 1971, reconnaissant la réalité syndrome retrouve un sex-ratio étonnamment élevé de 5 filles pour 1 garçon.

On observe donc deux mouvements inverses mais qui se rejoignent sur le plan temporel. Un premier tente de nier l'existence du syndrome chez l'homme ou de le requalifier (atypicité, psychose) puisqu'il n'entre pas dans les critères (pourtant flous)

¹ Falstein and al.: Anorexia Nervosa in the Male. Amer. J. Orthopsychiatr. 26: 751-772, 1956

² Crisp : A case of anorexia nervosa in the male, Postgrad. Med. J. , 38: 350-353, 1962

³ Tolstrup : Die Charakteristica der jüngern Fälle von Anorexia Nervosa. In Anorexia Nervosa, MEYER, ed: eorg Thieme Verlag, Stuttgart, 1965, cité par Bruch [20]

⁴ Ushakov, Anorexia nervosa in Modern Perspectives in Adolescent Psychiatry, in HOWELS, ed. Oliver and Boyds, Edinburgh, 1971. cité par Bruch [20]

nosographiques de l'époque et pour lequel il existe un certain désintérêt. Un second courant, au contraire, lui accordera une certaine attention, affirmant l'existence du syndrome chez l'homme dont sera souligné la gravité clinique. Il s'interrogera au vu de l'évidence clinique sur la validité de ces critères en proposant une insuffisance testiculaire comme équivalent de l'aménorrhée.

b) Les critères diagnostiques de Russell et Feighner : une place pour le garçon ?

Face à cette opposition la reconnaissance possible de l'anorexie mentale masculine passe par l'apparition de **critères nosographiques plus « objectifs »** (Feighner [55]) qui s'écartent des critères historiques de Lasègue.

La limite posée par la nécessaire aménorrhée pour porter le diagnostic est d'abord remise en cause, en 1970, par les critères de **Russell**¹, qui pose trois critères de base pour le diagnostic : perte de poids, psychopathologie spécifique et « *un trouble endocrine manifesté par l'aménorrhée, ou dans le cas de sujets masculins, une perte d'intérêt sexuel et une impuissance.* »

Mais c'est en 1972, et les travaux de **Feighner et de l'école de Saint-Louis** [55], qu'est officialisée la possibilité d'un éventuel diagnostic chez l'homme. Jusque là, la clinique était marquée par la diversité des critères diagnostiques marqués par des « *a priori psychopathologiques* ». Les **critères de Feighner** constituent un nouveau système de classification, « *objectif, fiable et valide* », de l'ensemble de la nosographie psychiatrique, Ils sont rapidement considérés comme faisant **référence pour le diagnostic** et sont d'ailleurs repris par la DSM-III. Insistant sur la sémiologie des éléments psychiques et comportementaux, ils **relèguent l'aménorrhée à un critère de signification secondaire** qui n'aurait pas plus de valeur que le lanugo ou la bradycardie.

¹¹ Russell G.F.M. : Anorexia Nervosa : Its identity as an illness and its treatment. In J. H. Price (Ed.) Modern Trends in psychological medicine (Vol. 2). London: Butterwoods, 1970 p &31-164

CRITERES DIAGNOTIQUES DE FEIGNER

A - âge de début avant 25 ans

B - Anorexie avec perte de poids concomitante d'au moins 25% du poids d'origine

C - Attitudes distordues implacables vis-à-vis de la nourriture, des aliments ou du poids, qui l'emporte sur la faim, les remontrances et les menaces :

1/ Négation de la maladie et méconnaissance des besoins nutritionnels.

2/ Satisfaction apparente de la perte de poids avec manifestation évidente que le refus de nourriture est une complaisance agréable.

3/ Désir d'une image du corps d'une minceur extrême avec évidence manifeste qu'il est gratifiant pour la malade d'atteindre ou de maintenir cet état.

4/ Accumulation, manipulation inhabituelle des aliments.

D – Absence de maladies médicales connues susceptibles de rendre compte de l'anorexie et de la perte de poids.

E – Aucun autre trouble psychiatrique connu avec référence particulière aux troubles affectifs primaires, à la schizophrénie, à la névrose obsessionnelle ou phobique (on admet que le refus de nourriture à lui seul est insuffisant pour justifier le diagnostic de maladie phobique ou obsessionnelle) ;

F/ Au moins deux des manifestations suivantes : aménorrhée, lanugo, bradycardie (pouls au repos à 60 par minute ou moins en permanence), périodes d'hyperactivité, épisodes de boulimie, vomissements (éventuellement auto-induits).

4. Vers une officialisation du trouble ?

En fait, la reconnaissance « officielle » de l'anorexie mentale masculine comme entité clinique et non plus comme un épiphénomène faisant suspecter un début de schizophrénie, est finalement assez récente et remonte aux travaux de **Bruch et Crisp**. **Ces auteurs soutiennent l'existence du syndrome chez l'homme**. Cette affirmation trouve alors une nouvelle légitimité d'une part, parce que **l'aménorrhée n'est plus un critère nécessaire** ; d'autre part, parce que les **modèles psychodynamiques se sont enrichis**. La réflexion psychopathologique se centre alors sur les anomalies des rapports avec le corps et sur les interactions familiales.

Hilde Bruch [20] en 1973 rapporte de sa riche expérience clinique des troubles alimentaires, dix cas d'anorexie masculine (soit 14% des cas observés, un pourcentage proche de celui communément admis aujourd'hui). Elle considère que l'étude de la maladie en termes psychiatriques permet d'identifier le syndrome chez l'homme dès lors qu'il s'agit du même « *schéma psychologique* » associé à une forte perte de poids. Comme chez la femme, l'anorexie mentale « *n'est pas un état uniforme* » : Bruch distingue alors les « *syndromes*

primaires » des formes « *atypiques* ». La « *véritable* » anorexie mentale concerne six de ces patients qui sont préoccupés de la forme de leur corps et recherchent « *frénétiquement la minceur [...où] l'étrange mésusage fait de la fonction alimentaire est une tentative désespérée pour établir un sentiment de contrôle et d'identité* ». Chez les sujets atypiques, même s'ils ont en commun une perte de poids et un refus de s'alimenter, le comportement alimentaire est sous-tendu par des troubles graves de la personnalité du registre névrotique ou psychotique : il ne témoigne pas de la quête identitaire « typique » de l'anorexie mentale.

Crisp [48], à la suite d'une observation d'anorexie mentale chez un garçon¹ en 1962, orientera dans les années 1970 la majorité de ses travaux sur l'anorexie masculine et s'attachera à dessiner les traits et les spécificités du tableau masculin.

En 1972, Beumont² [126], le premier, tente d'établir une description des caractéristiques de l'anorexie mentale masculine à partir d'une étude de la littérature médicale de 1930 à 1972. Il y recense 23 articles, rassemblant ainsi (seulement) **vingt-cinq observations cliniques** « *suffisamment explicites* » pour poser le diagnostic. Y ajoutant ses six cas personnellement diagnostiqués, il dresse le tableau clinique d'une pathologie typique débutant tardivement dans l'enfance ou à l'adolescence marquée par le refus de nourriture justifié par la recherche de minceur ou l'inconfort digestif, par des traits de personnalité obsessionnels et une tendance à la rumination, par l'absence d'intérêt ou la crainte de la sexualité et par le retard de développement sexuel. Quelques spécificités masculines en regard du tableau féminin apparaissent : la relative rareté des conduites de compensation (conduites de purge et exercice physique) et des préoccupations alimentaires, ainsi que la plus grande fréquence d'une obésité prémorbide.

Vandereycken et Van den Broucke [138] en 1984 retrouvent, eux, **107 cas d'anorexie masculine rapportés dans la littérature médicale entre 1970 et 1980**. Cette « inflation » sensible des cas témoigne probablement à la fois d'un intérêt grandissant des auteurs pour le sujet et d'une augmentation des sujets rencontrés dans les services de soins, ces deux aspects nous semblant intimement liés. Mieux « reconnu » par le corps médical, le garçon anorexique n'est plus seulement un objet « exceptionnel » d'« observation » pour les cliniciens. On peut penser alors qu'il viendra plus volontiers chercher une aide à ses symptômes et donc à sa

¹ Crisp and coll.: A case of Anorexia Nervosa in the Male. Postgraduate Med. J. 38, 350-353, 1962

² Beumont et al :

souffrance. Mais cette augmentation témoigne-t-elle aussi d'une réelle augmentation de la prévalence de la pathologie chez l'homme ?

5. Et aujourd'hui ?

a) L'anorexie mentale masculine existe...

A partir des années 1980, la réalité de l'anorexie mentale chez des adolescents de sexe masculin semble assez couramment admise par les auteurs et l'existence du syndrome chez l'homme semble faire consensus dans la littérature consacrée aux troubles du comportement alimentaire.

La classification de l'OMS dans sa formulation la plus récente, la CIM-10, classe anorexie et boulimie parmi les « Syndromes comportementaux et troubles mentaux associés à un dérèglement des fonctions physiologiques ou à des perturbations hormonales. » Elle évoque de façon tout à fait explicite le diagnostic chez le garçon et pose des critères endocriniens équivalents de l'aménorrhée féminine.

Le diagnostic repose sur la présence de chacun des éléments suivants :

CRITERES DIAGNOSTIQUES SELON LA CIM-10

- A) *Poids corporel ou inférieur à la normale de 15% ou IMC inférieur ou égal à 17,5. Chez les patients pré-pubères, prise de poids inférieure à celle qui est escomptée pendant la période de croissance.*
- B) *La perte de poids est provoquée par le sujet par le biais d'un évitement des « aliments qui font grossir », fréquemment associée à au moins une des manifestations suivantes : des vomissements provoqués, l'utilisation de laxatifs, une pratique excessive d'exercices physiques, l'utilisation de coupe-faim ou de diurétiques.*
- C) *Une psychopathologie spécifique consistant en une perturbation de l'image du corps associée à l'intrusion d'une idée surinvestie : la peur de grossir. Le sujet s'impose une limite de poids inférieure à la normale à ne pas dépasser.*
- D) *Présence d'un trouble endocrinien diffus de l'axe hypothalamo-hypophyséogonadique avec aménorrhée chez la femme, **perte d'intérêt sexuel et impuissance chez l'homme.** [...]*
- E) *Quand le trouble débute avant la puberté, les manifestations de cette dernière sont retardées ou stoppées. (arrêt de la croissance ; chez les filles, absence de développement des seins et aménorrhée primaire ; chez les garçons absence de développement des organes génitaux)*

Le DSM IV [53], classification la plus utilisée au plan international, individualise un chapitre sur les désordres alimentaires. Contrairement aux critères de Feighner et au DSM-III,

la quatrième version offre une place de choix à l'aménorrhée. Toutefois, il n'est pas fait état d'un critère de sexe, et laisserait, via les termes « *chez la femme post-pubère* », implicitement une place à l'anorexie masculine. Elle n'évoque cependant pas d'équivalent à l'insuffisance endocrinienne chez l'homme. Elle rapporte toutefois en note préalable que les hommes constituent 10% des sujets atteints.

CRITERES DIAGNOSTIQUES SELON LE DSM IV: L'ANOREXIE MENTALE

- A) *Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille (par exemple, maintien du poids à moins de 85% du poids attendu ou incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance conduisant à un poids inférieur à 85% du poids attendu)*
- B) *Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.*
- C) *Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.*
- D) *Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire absence de trois cycles menstruel consécutifs en l'absence d'administration d'hormones.*

Deux types d'anorexie sont décrits : le **type restrictif pur** où le sujet ne s'engage pas dans des comportements boulimiques ou compensatoires (vomissements, usages de laxatifs, de diurétiques ou de lavements) et le **type avec crises de boulimie / vomissements ou prises de purgatifs** pendant l'épisode actuel d'anorexie.

Plusieurs éléments nous paraissent avoir œuvré en faveur de ce consensus. D'une part, comme le notent Schmidt et Rouam [125], « *les représentations attachées à la différenciation sexuelle se sont modifiées* » et la psychopathologie de l'anorexie mentale s'est approfondie. L'attention des cliniciens s'est portée sur les liens entre anorexie mentale, boulimie et les pathologies de la dépendance. En effet, la tendance actuelle tend à reconnaître dans cette affection un trouble qui s'inscrit dans **le registre des conduites de dépendance** avec un psychisme caractérisé par l'hétérogénéité de ses niveaux et de ses modèles. Beaucoup (Brusset [22] ; Jeammet [76]; Marcelli [99] ; Venisse [142]) l'annexent au **domaine des addictions**, annexion qui reste cela dit encore controversée et qui n'apparaît pas dans les classifications nosographiques actuelles.

D'autre part, il nous semble que la création d'unités de soins spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire a amené les cliniciens à « rencontrer » un nombre bien plus important de sujets atteints. Si bien que les « cas » masculins ne sont pas restés isolés

parmi une population psychiatrique générale. Cette multiplicité des « cas rencontrés » a probablement permis également d'organiser des études de cohorte enrichissant ainsi la littérature sur le sujet.

b) ...Mais elle reste probablement méconnue.

En 1979, Bhanji [13], étudie les attitudes comparées de deux cents psychiatres et du même nombre d'internistes vis-à-vis de l'anorexie et constate que 25% des premiers et 40% des seconds pensent que l'anorexie mentale n'existe pas comme telle chez le garçon et que le sexe féminin est « essentiel » au diagnostic. En 1983, Whyte¹ rapporte de façon similaire que, parmi des psychiatres et des psychologues, un quart de chacun des groupes professionnels considère que le sexe féminin est une caractéristique nécessaire de l'anorexie mentale.

En fait, la méconnaissance du syndrome semble toujours persister même parmi le corps médical. Aujourd'hui, il nous semble que son existence autant que sa reconnaissance comme syndrome à part entière reste aléatoire. Les liens supposés et pourtant si peu débattus avec la psychose nous paraissent encore largement imprégner l'esprit des cliniciens.

Actuellement, les études sur l'anorexie mentale écartent le plus souvent les cas masculins, considérés comme des « formes cliniques » particulières, qui sont un objet de réflexion « à part ».

Ainsi définies les conditions historiques du long processus de reconnaissance de l'entité clinique chez l'homme, nous tenterons d'en dresser le tableau clinique à travers l'étude de la littérature (relativement) contemporaine.

¹ Whyte cité par Chambry [37]

B. LE TABLEAU CLINIQUE : VERS UNE DESCRIPTION DE L'ANOREXIE MASCULINE

Tenter d'esquisser le tableau clinique de l'anorexie masculine nécessite **un détour par une littérature médicale déjà ancienne**, du fait de la faible prévalence des études concernant l'anorexie masculine. Nous nous appuyerons sur des études de cohorte, le plus souvent anglo-saxonnes, ainsi que sur des observations cliniques parfois isolées mais qui nous semblent illustrer de façon intéressante les données générales. Elles ont également l'avantage de s'intéresser, plus profondément au fonctionnement psychique des patients ainsi qu'à la dynamique familiale qui restent une donnée majeure de la clinique.

Rappelons, que de par la relative rareté de la pathologie dans la population masculine, les échantillons sont souvent de petite taille. Ainsi la faible puissance des études ne permet généralement pas des résultats significatifs.

1. Caractéristiques pré morbides et facteurs de risque

a) Poids pré morbide

La majorité des études s'accorde sur **la relative fréquence chez le garçon d'une obésité pré morbide** (poids supérieur à 115% du poids idéal attendu pour l'âge et la taille).

Carlat [33] en 1997, retrouve un poids pré morbide moyen de 114% du poids idéal dans un échantillon de 24 patients dont 8 d'entre eux étaient considérés comme obèses avant le début de la maladie. Ces résultats sont confirmés par l'étude de Fichter [56] où 18% ont une obésité pré morbide. Sharp [128] lui retrouve des antécédents de surcharge pondérale dès l'enfance chez 5 de ses 24 patients. Dans l'étude de Margo [101] les hommes, avant de débiter une anorexie mentale, pèsent 25% de plus que le poids observé dans la population générale du même âge.

Andersen [9] souligne qu'une des différences principales entre hommes et femmes concerne des antécédents d'obésité chez le jeune homme. Même si les deux sexes ont tendance à rapporter des antécédents d'obésité, seuls les hommes sont « médicalement » en surcharge pondérale quand les filles ont plutôt souffert de la perception d'être trop grosses

(Edwin et Andersen [54]). Seuls Crisp et Burns¹ [40] retrouvent dans une étude comparant 36 garçons à 102 filles anorexiques une surcharge pondérale pour les deux sexes sans différences significatives.

En fait, on considère qu'une surcharge pondérale prémorbide concerne 30% des sujets (Flament [58]) et que cela constituerait une spécificité du trouble masculin (Andersen [9]; Carlat [33]; Sharp [128]). Margo [101] parlera même de facteur de risque de développer la pathologie.

b) Personnalité prémorbide

(1) Pendant l'enfance

L'anorexie mentale du garçon semble apparaître **à l'adolescence après une enfance sans trouble apparent**. Les sujets semblaient apparemment réussir dans leurs activités mais *« leurs réalisations n'étaient que façade et tenaient de l'expression d'un conformisme »* plutôt que de désirs et de choix personnels (Bruch [20]). Deux études rendent compte d'une **tendance au perfectionnisme, à l'hyperconformisme, à l'anxiété face aux changements** (Sharp [128], Strober [134]). Les parents décrivent un enfant « méticuleux » et « consciencieux » (Sharp [128]). Rarement ils rapportent des problèmes de « discipline » mais une certaine compliance aux adultes (Strober [134]).

Au contraire, Chambry [38] retrouve chez plusieurs de ces patients des éléments de souffrance psychique précoce, parqué par la fréquence des processus psychotiques de l'enfance. Nous y reviendrons dans la troisième partie de ce travail.

Finalement, la majorité des auteurs dressent le portrait d'un enfant « sage » et « perfectionniste » évoquant l' « enfant-image » décrit par Bruch [20].

¹ Crisp A.H., Burns T. : Primary Anorexia in the Male in Males with eating Disorders

(2) Pendant l'adolescence et la phase active de la maladie

Nous ferons ici part des études ayant été menées soit pendant la phase active de la maladie, soit après une restauration pondérale. Il est difficile alors de percevoir de quelle manière ces traits de personnalité ont pu être prémorbides et constituer une vulnérabilité particulière pour le trouble, ou, sont favorisés par la conduite alimentaire dont on sait qu'elle peut entraîner des réaménagements caractériels (Jeammet [77]). Toutefois, la dénutrition majorerait les traits de personnalité déjà présents avant l'émergence de la pathologie, elle tendrait à les rigidifier (Chabrol [35]). Il faut donc rester prudent quant à un profil de personnalité prémorbide particulier.

Kearney-Cooke [82] compare les traits de personnalité d'une population de 16 hommes anorexiques bénéficiant de soins à ceux de 112 étudiants « sains ». Alors que les sujets du groupe contrôle présentent des traits de personnalité « *histrionique, narcissique et antisociaux* », les sujets anorexiques se distinguent par la fréquence des **traits de personnalité « dépendante » et « évitante »**.

Abbate-Daga [1] compare la personnalité de 79 hommes toxicomanes dépendants à l'héroïne à celle 21 hommes anorexiques dénutris (ne présentant aucun abus de substances). Les deux groupes sont appariés selon l'âge et le niveau d'éducation. Le profil de tempérament et de caractère développé par Cloninger¹ [40] est utilisé. Cette méthode d'évaluation de la

¹ Dans le modèle développé par Cloninger, « la mise en place des traits de personnalité résulte d'une relation bidirectionnelle entre tempérament génétiquement déterminé et environnement » (Rousset [124]). « The Temperament and Character Inventory » de Cloninger ([40], Svrakic [135]) évalue les différentes composantes de la personnalité selon quatre dimensions de tempérament et trois de caractère.

« Le tempérament est conçu comme une somme de **disposition neurobiologiques héritées** qui conditionnent les processus cognitifs et adaptatifs que l'enfant déploie au cours de sa maturation » (Rousset [124]) Les dimensions du comportement sont donc définies en terme de **différences individuelles dans les réponses automatiques à des perceptions** et leur transmission dépendrait en partie de **facteurs génétiques**.

- ❖ **L'« évitement du danger »** est le système de réponse à un « stimulus de danger ou de douleur » et est **sous la dépendance du système sérotoninergique**.
- ❖ **La « recherche de nouveauté »** est le système de réponse à un « nouveau stimulus » **sous la dépendance du système dopaminergique**.
- ❖ **La « dépendance à la récompense »** est la réponse à un **stimulus de gratification** et est **sous la dépendance du système dopaminergique**.
- ❖ **La « persistance »** est également le système de réponse à un **stimulus de gratification** **sous la dépendance du système dopaminergique**

Le caractère est conçu comme évoluant selon l'âge et le niveau de maturation du sujet [124]. Il est plus dépendant de l'influence des facteurs de l'environnement socio-familial. Le développement du caractère se définit en terme « *d'apprentissage à la représentation de soi, des autres et du monde* » [145]. Les **trois dimensions de caractère** apparaissent plus tardivement et évoluent au cours de la vie selon le niveau de maturation du sujet. Elles permettent de prédire l'existence d'un trouble de la personnalité essentiellement par la dimension de « détermination ». Elles sont les cibles préférentielles des thérapies cognitives et psychodynamiques.

- ❖ **Détermination** : « Soi comme un être autonome » [124]
- ❖ **Coopération** : « Soi comme faisant partie d'une société » [124]
- ❖ **Transcendance** : «Soi comme faisant partie de la nature», dans son acceptation spirituelle » [124], en d'autres termes elle évalue la capacité à tolérer l'incertitude ou au contraire la nécessité de contrôle.

personnalité, selon une approche dimensionnelle, distingue des traits tempéramentaux et des traits caractériels. L'auteur suggère que les premiers seraient génétiquement déterminés ; les seconds évolueraient pendant l'enfance puis l'adolescence en parallèle du niveau de maturation du sujet. On peut penser qu'ils constitueraient des traits ayant précédé la conduite anorexique.

Abbate-Daga détermine alors des traits communs tels qu'une **tendance à l'anxiété, une basse estime de soi et une faible intégration sociale** qui pourrait selon l'auteur constituer des facteurs de risque de développer un des deux troubles. En effet, anorexiques et toxicomanes présentent un **haut niveau d'« évitement du danger »** (faible capacité d'adaptation face au stress) et **un bas niveau de « coopération »** (tendance à l'intolérance) **et de « détermination »** (sentiment d'inefficacité et d'insatisfaction). Ces traits détermineraient une recherche de l'affection et de l'approbation d'autrui, une tendance à se soumettre au désirs de l'autre, et une crainte d'être abandonné ; une hyperréactivité aux stimuli extérieur notamment à l'humeur et aux sentiments d'autrui, leur anxiété les pousserait à « *prendre des distances vis-à-vis des autres afin de se protéger de la douleur psychique qu'ils anticipent* ».

Finalement ce qui distingue anorexiques et toxicomanes seraient **un score de « dépendance à la gratification » plus faible (traduisant une tendance à l'évitement et à la crainte des relations socio-affectives) chez les anorexiques**. Les toxicomanes présentent un haut score de « *recherche de nouveautés* » plus haut. C'est avant tout la dimension de « *recherche de nouveauté* » (qui se définit par un besoin d'expériences et de sensations variées, complexes, pouvant conduire à des activités physiquement et socialement risquées) qui détermine probablement la possible « *rencontre avec le produit* » alors que les anorexiques seraient plus conformistes et perfectionnistes, plus volontiers sensibles à la désapprobation et au rejet (un niveau de « *persistance* » plus élevé).

Fassino¹ (cité par Woodside [148]) retrouvait les résultats identiques parmi une population de sujets anorexiques en phase active de la maladie. Les hommes anorexiques se distinguait des hommes sains par un **score plus faible de « dépendance à la gratification »** et de « **coopération** ». Ces deux traits pourraient correspondre selon Woodside [169] à des marqueurs potentiels de vulnérabilité pour les troubles alimentaires.

Notons que Rousset [124] rapporte à travers une étude de la littérature, les mêmes résultats au TCI (Temperamental and Character Inventory), chez les jeunes filles anorexiques.

¹ Fassino : Temperament and character in Italian Men with anorexia nervosa : A controlled study with the TCI » J. Nerv. Ment. Dis. 2001 : 189 (11): 788-794

Enfin, de façon relativement comparable aux jeunes filles, le profil de personnalité des sujets masculins anorexiques détermine une tendance à rechercher l'approbation d'autrui et à se soumettre aux désirs de l'autre, associés à une basse estime de soi et à une tendance au perfectionnisme.

c) Niveau intellectuel

Edwin et Andersen [54] retrouvent des **scores élevés aux échelles verbale et de performance du Quotient Intellectuel** chez les sujets ayant une histoire passée ou présente d'anorexie mentale. Les sujets boulimiques à poids normal, en revanche, se situaient dans la zone inférieure de la normale. Ces résultats, concernant les patients anorexiques, sont relativement cohérents avec ceux retrouvés chez les jeunes filles.

d) Données démographiques et socio-culturelles

(1) Classes sociales

Concernant l'appartenance à des classes sociales favorisées, classiquement observées chez les jeunes filles, les résultats sont controversés et non significatifs. Sharp [128], Crisp [49] et Strober [134] constatent qu'il existe une prédominance des classes sociales élevées, parmi des sujets ayant bénéficié de soins hospitaliers. Toutefois, ces trois études concernent des pays anglo-saxons. On peut alors comprendre le relevé d'une plus forte prévalence dans les classes sociales les plus aisées par une plus grande accessibilité aux soins. En effet, Lindblad [93], en Suède et concernant des sujets hospitalisés à la même époque (1980-1990), observe que l'anorexie mentale survient dans des familles ayant bénéficié de plus d'aides sociales que la population générale, témoignant d'un milieu socio-économique plus faible.

Les résultats controversés et la faible puissance des études ne permettent pas de conclure quant à une appartenance sociale particulière.

(2) Facteurs ethniques

Chez les jeunes filles, il est communément admis que l'anorexie mentale est une maladie survenant dans les pays occidentaux, laissant supposer que des facteurs culturels et économiques pourraient favoriser la maladie.

Très peu de données sont en revanche disponibles concernant l'appartenance ethnique des sujets anorexiques masculins. Seules deux études d'Olivardia [108] et de Strober [134] rendent compte de l'appartenance ethniques de leurs sujets. Citons, celle d'Olivardia [108], qui retrouvent **76% de sujets blancs** parmi une population d'hommes TCA de moins de 25 ans. Les autres étaient « Afro-américains », Hispaniques ou originaire des Iles du Pacifique. Toutefois, Olivardia ne spécifie pas l'appartenance diagnostique de ses sujets. Parmi les 14 sujets anorexiques américains de Strober [134], tous sont anglophones et **93,9% sont blancs**. Notons que ces sujets ont bénéficié de trois mois de soins hospitaliers contrairement aux sujets de la première étude, sujets qui étaient volontaires et recrutés dans la population générale. Cela peut constituer un biais de sélection dépendant du niveau socio-économique. Dans tous les cas ces données ne permettent pas des résultats significatifs.

(3) Activités professionnelles et récréatives

Certaines activités récréatives ou professionnelles seraient liées à un risque **statistique** fort de développer la maladie.

Contrairement aux premières observations de Beumont (cité par Scott [126]), de nombreux auteurs signalent **l'investissement sportif des hommes**, souvent impliqués dans **une pratique de haut niveau**. Ainsi Muise [106] rapporte que près de la moitié pratiquaient une activité sportive intensive avant l'éclosion du trouble. Braun [19] constate des résultats similaires et pointe que ces activités sont souvent celles où le contrôle du poids influence les résultats. Les sports les plus fréquemment pratiqués, que ce soit en loisir ou à haut niveau, sont l'athlétisme et majoritairement la **course à pieds, la boxe, la course hippique, le judo** (Afflelou [2]), ou encore la **lutte et la natation** (Andersen [7]). Mickalide [103] souligne également que l'on retrouve une forte prévalence des **danseurs et des mannequins** parmi la population masculine anorexique.

Les sports collectifs comme le football, le football américain ou le base-ball sont plus rarement évoqués (Braun [19]). Souvent les sujets rapportent des critiques ou des moqueries

de la part de leurs partenaires concernant leur condition physique, et qui ont pu motivé l'engagement dans un régime alimentaire.

Il semble que les femmes soient moins concernées par la pratique pré morbide intensive du sport. Elle ne concernerait que 9 à 24% des sujets (Braun [19], Muise [106]). La **danse, la gymnastique rythmique et sportive, la natation synchronisée et le patinage artistique** sont pointés comme les plus à risque de développer une anorexie mentale (Michel [102]). Dans ces disciplines où la dimension de compétition est prévalente, les résultats sportifs sont également conditionnés par un entraînement physique intensif. Toutefois, il existe, tout comme chez les mannequins et les danseurs masculins, une **exigence de minceur et une dimension esthétique prédominante.** De plus, alors que, pour les disciplines citées plus haut, le résultat sportif est directement mesurable, pour les secondes, il existe une « *surenchère spéculaire* », un « *dispositif de séduction [où ...] la performance ne se mesure pas mais s'offre à l'appréciation du regard de juges omnipotents* ». (Proïa [117])

Enfin, la pratique intensive d'un sport est une caractéristique pré morbide plus spécifique des hommes anorexiques. Les sports pratiqués sont fréquemment des disciplines individuelles. Ils se divisent en deux catégories distinctes qui ont toutefois en commun de maintenir permanente la préoccupation autour du poids et de valoriser la « culture de la discipline ». Les premiers sont identifiés comme « masculins » et valorisent la force musculaire. Les seconds se rapprochent des sports pratiqués par les jeunes filles en ce qu'il existe une dimension de « mise en scène esthétique » (Proïa [117]).

e) Données familiales

(1) La fratrie

Certains (Sharp [128], Crisp et Burns [49]) retrouvent des familles nombreuses (trois enfants par fratrie en moyenne) sans place particulière pour le patient, ce qui se rapprocherait des données concernant la jeune fille. En revanche, Albert [3] et Orgiazzi [111] rapportent des résultats différents. Les familles sont volontiers peu nombreuses et le sujet anorexique est le plus fréquemment l'aîné ou le seul garçon de la famille. Selon Orgiazzi [111] cette place particulière favoriserait, des modalités interactionnelles particulières entre la mère et l'enfant.

Concernant le nombre d'enfants dans la famille et la place du sujet anorexique dans sa fratrie, les résultats sont controversés et peu significatifs.

(2) Les antécédents familiaux

La fréquence des antécédents familiaux serait importante. Il est communément (Chambry [37]) considéré que la pathologie psychiatrique familiale serait plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Il est toutefois probable que ces résultats soient biaisés par les études ne distinguant pas anorexie et boulimie. En fait, celles s'attachant spécifiquement à l'anorexie mentale retrouve **une fréquence variable des antécédents familiaux psychiatriques**.

Ainsi, Albert [3] conclue, à partir de son échantillon de neuf sujets anorexiques, à une absence de pathologie manifeste. Au contraire, Sharp [128] rapporte, lui que 33% des 24 sujets masculins présenteraient une histoire familiale marquée par la pathologie psychiatrique, mais de façon moindre que chez les femmes. Carlat [33] retrouve une fréquence nettement plus élevée des antécédents familiaux chez les sujets boulimiques que chez les sujets anorexiques.

Les troubles dépressifs familiaux (Sharp [128], Crisp et Burns [49], Carlat [33]) semblent fréquents mais prennent plus volontiers **l'allure d'une réaction dépressive** que d'authentiques épisodes constitués. La forme bipolaire est très rarement évoquée.

L'abus d'alcool est fréquemment rapporté (20% des cas : Carlat [33]), plus volontiers chez le père que chez la mère (Sharp [128]).

En revanche, **la grande fréquence des troubles alimentaires et des problèmes pondéraux dans les familles des sujets anorexiques fait consensus parmi les auteurs**.

Ainsi, parmi les neuf cas rapportés par Albert [3], trois mères se disaient extrêmement préoccupées par leur poids. Crisp et Burns [49], concernant trente sujets masculins, retrouvent cinq cas d'anorexie mentale chez les parents (4 mère et un père). Sharp [128] rapporte deux cas (mère ou sœur) d'anorexie mentale chez ses patients. Carlat [33] retrouve des troubles alimentaires constitués dans la fratrie de 10% de ces sujets. Strober [134] plus récemment,

dans une étude très complète sur les troubles alimentaires chez les apparentés au premier degré de sujets masculins anorexiques, a souligné la forte prévalence des formes complètes et incomplètes d'anorexie mentale. Le même auteur [132] avait déterminé des taux moins élevés de troubles alimentaires familiaux chez les jeunes femmes.

La fréquence de la surcharge pondérale chez un des apparentés semble également fréquente. Ainsi, Carlat [33] retrouvait que 37% des patients avaient un ou deux parents en surcharge pondérale. Les mêmes résultats sont retrouvés par Crisp et Burns [49] où 27% des mères et 19% des pères avaient été ou étaient obèses.

Enfin, la fréquence des antécédents psychiatriques familiaux est variable selon les auteurs. Toutefois apparaît plus clairement une grande prévalence familiale de l'obésité et des troubles du comportement alimentaires avérés ou sub-cliniques.



Au total, malgré des résultats souvent peu significatifs, on peut toutefois retenir quelques particularités personnelles et familiales. Ainsi, la conduite se développe, après une enfance en apparence « sans problème », chez un jeune homme plutôt anxieux, perfectionniste et ayant une basse estime de lui-même. Des caractéristiques plus volontiers masculines apparaissent. La surcharge pondérale prémorbide, la pratique sportive, parfois à haut niveau, ainsi que la fréquence des troubles alimentaires et l'obésité dans la famille sont susceptibles de constituer des facteurs de risque d'anorexie mentale chez l'homme.

2. Délai entre le début des troubles et la demande de soins

Concernant le délai entre le début de la maladie et la demande de soins, les résultats sont difficiles à interpréter. D'une part, et comme pour l'ensemble des données statistiques, les échantillons sont de petite taille. D'autre part ce délai s'étend du début des troubles à la

première consultation au sein de l'institution des auteurs, ce qui n'écarte pas une prise en charge plus précoce ailleurs.

Crisp [48], **en 1983**, retrouve que les garçons comme les filles sont pris en charge environ **trois ans et demi après le début des troubles**. Sharp [128], **en 1994**, retrouve que les 24 jeunes hommes consultent pour la première fois **1,6 ans après le début des troubles**, contre 2,3 ans chez les jeunes femmes. Selon ce dernier auteur, cette différence traduirait une meilleure reconnaissance des troubles par le corps médical.

Seul Carlat [33] détermine le délai entre le début de la maladie et la toute première demande de soins. Il serait de **2,1 ans et serait précoce que les jeunes filles** prises en charge à la même période.

Il semble que lorsque les garçons sont pris en charge, le poids est aux alentours de 75% du poids idéal contre environ 65% chez les filles (Crisp [48]).

Au total, on considère (Chambry [36]), et ce malgré des données difficilement interprétables, pour les hommes comme pour les femmes, que l'âge de demande de soins se situe en moyenne deux à trois ans après le début de la maladie.

3. Symptomatologie

a) **Age de début de la maladie : une pathologie de l'adolescence**

Vandereycken et Van den Broucke [138] en 1984, à travers une revue de 107 cas d'anorexie masculine rapportés dans la littérature situent l'âge moyen de début aux alentours de 15 ans et demi. Les études comparatives plus récentes sont relativement homogènes : les troubles se développeraient **entre 16,5 ans et 18,6 ans** (Fichter et Daser [56] ; Crisp et Burns [49] ; Sharp [128] ; Carlat [33]). Les échantillons masculins ne se distinguent pas, en ce sens, des féminins.

Finalement, pour Andersen et Mickalide [6], on retrouverait chez le garçon la **même distribution des âges de début que chez la fille** avec un petit groupe à début pré-pubertaire, la majorité à début typique pendant l'adolescence et rarement une survenue tardive après 20 ans.

L'apparition de la maladie chez le garçon, tout comme la forme féminine, apparaît donc préférentiellement à l'adolescence.

Toutefois, chez la jeune fille, on a pu observe deux pics d'incidence à des âges où la dépendance à la famille est particulièrement modifiée (Venisse [140]). Le premier a lieu vers 14 ans, période qui suit l'apparition des premières règles et marquée par l'accès à la maturité procréative. Le second s'observe vers 17-18 ans, période charnière a bien des égards: accession à la majorité, fin de la scolarité secondaire, entrée à l'université ou choix professionnels entraînant une discontinuité socio-familiale avec souvent une expérience de séparation et d'autonomisation. Au regard du social et de la loi, c'est l'entrée dans le monde adulte.

Chez le garçon, peut-être par la taille trop faible des échantillons, il n'est pas retrouvé différents pics d'incidence au cours de l'adolescence. Or chez le garçon, la puberté s'achève symboliquement par la première éjaculation consciente, signe qui est mis en parallèle des premières règles comme le souligne Marcelli [99]. Elle survient, deux ans et demi plus tard que chez la fille, vers 15 et demi. De là, pour le garçon, l'accession à la maturité sexuelle adulte se confond presque sur le plan temporel avec la période d'accession à la majorité sociale et avec l'expérience de séparation symbolique qu'elle entraîne. Les deux pics d'incidence observés chez la jeune fille se retrouvent alors peut-être confondus chez le garçon.

On pourrait alors faire l'hypothèse que l'apparition de la maladie répond chez la fille comme chez le garçon aux mêmes nécessités de réaménagements psychiques face à des bouleversements psycho-biologiques comparables.

b) Les facteurs précipitant la conduite

La **surcharge pondérale** est souvent avancée par les patients, comme ayant été sujet de **critiques**, de **moqueries** et d'**injonction à maigrir de la part de l'entourage familial ou social**, autant d'influences extérieures à l'origine, selon eux, de leur décision de maigrir (Andersen [9], Sharp [128]. Lorsqu'elles sont explicitées, les observations cliniques rapportent souvent que cette moquerie s'est portée sur « **un gros ventre** » ou un « **ventre trop**

rond » (Haguenau [69]). Chez les jeunes filles, on retrouve également une justification de leur désir de maigrir par des remarques de l'entourage sur leurs « rondeurs » parfois directement en lien avec les transformations corporelles de la puberté (Venisse [140]). Finalement, dans les deux cas, serait soulignée une **féminité trop « voyante »** voire insupportable.

D'autres événements de vie sont fréquemment soulignés et considérés ayant précipité l'éclosion des symptômes. Il s'agit de la mort ou du départ d'un proche, d'un déménagement ou de changements imprévisibles dans le cours de leurs scolarité ou de leur vie professionnelle (Sharp [128]). Margo [101] de la même façon souligne l'importance des **événements venant bouleverser l'équilibre affectif**, telle la perte d'une amitié, la maladie d'un parent, une grossesse « tardive » de la mère ou un déménagement. Chez la jeune fille on retrouve ces mêmes types d'événements. Fichter et Daser [56] rapportent, quant à eux, qu'une confrontation à des fantasmes homosexuels est souvent rapportée par les patients comme ayant pu favoriser le développement du trouble.

Au total, des expériences de perte réelle, de séparation ou la confrontation à la problématique sexuelle sur le plan réel ou fantasmatique, tout comme chez les adolescentes, pourraient précipiter l'engagement dans la conduite.

c) Le début des troubles

Le plus souvent, le début des troubles est apparemment **insidieux**. Alors que d'une façon « *banale et peu spécifique* » (Chabrol [35]) les jeunes filles disent se sentir grosses comme bon nombre des adolescentes, les garçons d'une façon peut-être moins commune pour leur âge décident de suivre un régime.

Ils avancent alors quatre raisons principales pour s'engager dans une restriction alimentaire. Il s'agit d'**éviter les moqueries liées au surpoids, d'augmenter leurs performances sportives**, moins fréquemment d'éviter les complications médicales liées à une surcharge pondérale dont sont, dans ce cas, souvent atteints leurs pères ou encore d'être plus séduisants en regard de leurs relations homosexuelles, selon Andersen [9].

La symptomatologie anorectique va graduellement se préciser et s'uniformiser avec la progression souvent rapide de la perte de poids pour aboutir à un syndrome stéréotypé.

Andersen [9] pointe d'ailleurs que plus la maladie est sévère sur le plan clinique plus elle se confond avec la forme féminine.

Après une première phase où l'humeur est volontiers dépressive, on verra avec la « réussite » du contrôle alimentaire et de l'amaigrissement apparaître une « période d'optimisme », caractérisée par une « résolution magique » (Brusset [26]) du malaise antérieur témoignant de l'efficacité de la défense anorectique face aux conflits psychiques sous-jacents.

Les motivations conscientes les plus fréquentes pour s'engager dans des mesures de contrôle du poids sont d'éviter les moqueries dues au surpoids et de façon plus spécifiquement masculine d'augmenter leurs performances sportives. Toutefois, progressivement, alors que s'organise la conduite et se majore l'amaigrissement, la motivation initiale se transforme en « un projet plus global : obtenir une maîtrise sur un corps idéal » (Schmidt [125])

d) La triade symptomatique

Chez la jeune fille, la triade de Lasègue, associant anorexie, amaigrissement et aménorrhée, est « un repère diagnostique important » (Venisse [140]) et est associée à une cohorte de signes psychologiques traduisant les conflits psychiques sous-jacents. Quels sont les repères diagnostiques chez le garçon, existe-il un équivalent masculin de l'aménorrhée?

Chez le garçon, « la conduite anorexique associe restriction alimentaire, hyperactivité physique et plus ou moins fréquemment, selon les études, vomissements et abus de laxatifs. Ces garçons anorexiques ressentent une peur panique de perdre le contrôle de leur poids, le plus souvent associé à une distorsion de l'image de leur corps ». Cette description de Steiger¹, fait toujours consensus parmi les auteurs actuels, comme le souligne Chambry [38].

¹ Steiger: Anorexia nervosa and Bulimia in males. Canadian Journal of psychiatry, 1989, 34, 419-424

(1) Le comportement alimentaire

(a) Comme chez la jeune fille : la restriction alimentaire

La conduite alimentaire est marquée par une lutte active contre la sensation de faim faite d'une **conduite de restriction alimentaire volontaire** plus ou moins progressive (Rouam [123]). Elle est à la fois quantitative et qualitative, marquée par un évitement du gras et des glucides (Sharp [128]), qui entraîne une diminution importante des apports nutritionnels. Il existe une **réorganisation obsessionnelle du rapport à la nourriture**, objet de **préoccupations intenses** (Crisp et Burns [49]). En effet, la totalité des observations rapportent un intérêt exagéré pour tout ce qui a trait à la nourriture : la consultation de la composition des aliments (Rio [120]), le calcul incessant des calories, des préoccupations autour de leur transformation en graisse ou muscle (Schmidt [125]). En même temps, on observe des comportements reflétant un « dégoût » pour la nourriture : un tri des aliments et des phobies alimentaires, des mâchonnements incessants (Chambry [38]).

(b) Les autres méthodes de contrôle du poids

Les principaux auteurs décrivent **l'importance des épisodes boulimiques** qui concernerait 25 à 60% des sujets (Chambry [38], Crisp [48], Sharp [128], Scott [126]). Dans les études comparatives entre garçons et filles, les résultats divergent en fonction de la méthode d'évaluation. Ainsi, posée directement, la question « *êtes-vous sujet aux crises boulimiques* », apporte plus de réponses positives parmi les jeunes filles que parmi la population masculine (Scott [126]). En revanche, on ne retrouve pas de différences significatives entre les deux sexes aux tests psychométriques alors que le comportement est « indirectement nommé » (Edwin [54], Woodside [149]). Par exemple, le Eating Disorder Inventory¹ évoque la conduite par des termes tels que « *se gaver* », l'« *incapacité de s'arrêter*

¹ **Eating Disorder Inventory (Guelfi [76])** est un questionnaire d'évaluation clinique des traits psychologiques et comportementaux généralement associés aux troubles alimentaires. Il permet d'estimer la fréquence avec laquelle les sujets s'attribuent d'éventuelles particularités dans les modalités même de l'alimentation.

Huit dimensions ont été individualisées. **La recherche de la minceur** se définit par des préoccupations excessives vis-à-vis du régime, du poids et de l'engagement dans une poursuite extrême de minceur ; **la boulimie** se traduit par des épisodes boulimiques et les comportements associés tels que les vomissements provoqués ; **l'insatisfaction corporelle** consistant en une croyance que certaines parties du corps sont trop grosses ; **l'inefficacité** est un sentiment d'inadéquation générale, d'insécurité, de solitude, un éprouvé de ne pouvoir contrôler sa vie ; **le perfectionnisme** ; **la méfiance interpersonnelle** se manifeste par une réticence à nouer des relations intimes ; **la conscience intéroceptive** est un manque de conscience dans la reconnaissance et l'identification correcte des émotions et des sensations ; **la peur de la maturité** se traduit par le désir de retrouver la sécurité de l'enfance. **Dans la population générale adolescente** ne présentant pas de troubles du comportement alimentaire avéré, les filles et les garçons se démarquent [46c]. Les garçons ont des scores moins

de manger » où le terme « boulimique » n'apparaît pas. Scott [126] souligne en effet que les jeunes filles auront plus tendance que les garçons à qualifier de « boulimique » un épisode d'ingestion alimentaire importante en dehors des repas et à le vivre avec plus de culpabilité.

Les vomissements provoqués (soit isolés, soit dans les suites d'une crise boulimique) seraient également fréquents (25 à 40% : Crisp [48]). Certaines études comparatives, mais pas toutes (Strober [133], [134]), retrouvent une fréquence plus importante chez le garçon que chez la fille (Sharp [128], Crisp [48], Vandereycken [138]), ils peuvent parfois précéder la conduite de restriction. En ce qui concerne l'utilisation des laxatifs, elle serait moins fréquente que chez les jeunes filles (Sharp [128]). Les anorexigènes seraient relativement moins consommés chez les hommes (Braun [19]).

Les observations cliniques confirment la fréquence des stratégies de contrôle du poids, telles que les conduites de purge et la potomanie, fréquence dont il n'est toutefois pas certain qu'elle soit plus importante que chez les jeunes filles.

Corcos [46] souligne que ces tentatives de contrôle pondéral par des techniques s'exerçant sur l'évacuation et le calcul incessant des calories, « *sources de satisfaction intense* », témoignent d'une utilisation de la nourriture « *à des fins de maîtrise et de satisfaction auto-érotique* ».

Enfin, quelques éléments semblent spécifiques mais globalement, en terme comportemental, la conduite alimentaire est superposable à celle des filles [42], comme le confirment les résultats des études psychométriques telles que l'Eating Attitudes Test¹ (Edwin, Andersen [60]).

élevés pour les sous-échelles de désir de minceur, d'insatisfaction corporelle et de conscience intéroceptive. En revanche, pour ce qui est du perfectionnisme, de la méfiance interpersonnelle et la peur de la maturité les scores sont identiques dans les populations masculine et féminine.

¹ **Eating Attitudes Test [76]** est un questionnaire d'auto-évaluation étudiant les **comportements alimentaires**. Il est utilisé pour « évaluer le changement » au cours de la maladie. Il existe une forme à 40 items et une à 26 items. Les deux formes évaluent sept facteurs intitulés : préoccupations concernant la nourriture, minceur de l'image du corps, vomissements et abus de laxatifs, les régimes, fait de manger lentement, alimentation clandestine, perception d'une pression sociale pour prendre du poids. Dans les populations non cliniques les filles, d'une façon générale, ont des scores plus élevés que les garçons.

(2) L'amaigrissement

Il semble que l'amaigrissement soit important et rapide. Il est **secondaire à la restriction alimentaire, à l'exercice physique intense et aux manœuvres d'annulation**. Les résultats sont assez congruents selon les études et retrouvent un **poids minimal entre 64% et 72% du poids idéal pour la taille et l'âge** (Fichter [56], Crisp [49], Sharp [128]), ce qui ne diffère pas de résultats retrouvés dans les échantillons féminins. Cela témoigne d'une **perte de poids d'environ 40% du poids pré morbide**.

Toutefois, les garçons ayant souvent une **légère surcharge pondérale pré morbide, la perte de poids est alors plus importante que chez les filles**. D'autre part, Crisp [49] rappelle que chez les adolescents et les jeunes adulte, la masse grasse constitue près de 25% du poids corporel de la jeune fille et seulement 10 à 12% de celui du garçon donc « *moins de graisse à perdre* » (Sharp [128]) que les jeunes femmes. Une perte de poids égale, d'autant plus quand elle est importante, ne détermine alors pas chez le garçon et chez la fille les mêmes modifications de la composition corporelle. Rappelons que l'amaigrissement concerne la masse grasse superficielle et profonde, la masse musculaire striée et lisse y compris le muscle cardiaque et la masse osseuse qui diminuent de façon relativement parallèle (Rigaud [119]). Il est donc probable qu'une perte de poids de 15% à 25% du poids corporel (telle qu'elle est défini comme seuil diagnostique), détermine en valeur absolue **une perte plus importante des masses musculaire et osseuse, ce qui témoignerait d'une gravité plus importante que chez la jeune fille**.

Malgré un poids minimal, relativement au poids idéal attendu pour la taille pour l'âge, similaire dans la population masculine et féminine, il est probable qu'il détermine une gravité somatique plus sévère dans la seconde population, de par l'existence fréquente d'une surcharge pondérale pré morbide et de par les différences de composition corporelle entre les hommes et les femmes. Ces résultats iraient dans le sens d'une mauvaise reconnaissance du trouble mais aussi peut-être du caractère massif du déni à la fois du patient, de son entourage familial et médical.

Comme chez Paul et Julien, le caractère pathologique ne semble reconnu que lorsque la gravité impose l'évidence.

(3) Un équivalent de l'aménorrhée ?

Ce phénomène on/off, objectivable, n'a pas d'équivalent clinique chez le garçon. Les auteurs se sont beaucoup interrogés sur l'existence de signes pouvant rendre compte du même type de phénomène chez le garçon.

(a) L'aménorrhée chez la jeune fille

Primaire ou secondaire selon l'état du développement pubertaire de la jeune fille, elle est **un élément central de la sémiologie féminine**. L'absence de règles a longtemps alimenté le débat entre tenants de l'organogenèse et de la psychogenèse de l'anorexie mentale puis entretenu l'idée de l'inexistence de l'anorexie mentale chez le garçon. L'importance qui lui est accordée témoigne probablement de **ce qu'elle reflète d'essentiel du fonctionnement psychique des patientes**. Corcos [43] a insisté sur les enjeux et les significations de ce phénomène qui ne peut se réduire simplement à un trouble endocrinien primaire ou secondaire à la dénutrition. Certes entretenue ou aggravée par la dénutrition, elle peut toutefois la précéder ou persister longtemps après la restauration pondérale. La question de la féminité, de la « maternité », ainsi que celle de la castration apparaissent ici prépondérantes (Corcos [43]). Nous y reviendrons.

Sur le plan endocrinien, elle témoigne d'un **trouble gonadique dont l'origine est directement centrale, hypothalamique, liée au trouble psychologique sous-jacent, qui en représente vraisemblablement le point de départ** (Venisse [140]). De là, comme le souligne Brusset [26], ces altérations fonctionnelles se modifient au cours du traitement : *« parallèlement au rétablissement de l'équilibre psychique pour ce qui relève du dérèglement central, parallèlement à la reprise de poids pour ce qui est secondaire à la dénutrition »*. A la phase d'état, **l'hypogonadisme biologique est marqué au niveau périphérique par un effondrement des hormones sexuelles**, l'œstrogène et la progestérone. Par ailleurs, les épreuves de stimulations montrent une réceptivité normale des ovaires. Le dérèglement est d'origine central où il existe une **dynamique des gonadotrophines profondément perturbée** : les taux sériques de FSH et de LH sont bas avec une disparition des pics spontanés de LH qui donne à ce **dysfonctionnement hypothalamo-hypophysaire une « allure de régression à un stade pré-pubertaire »** (Buvat [31]).

Par ailleurs, le retour de règles régulières chez la jeune fille n'est pas toujours corrélé à une évolution somatique, comportementale et psychopathologique satisfaisante (Jeammet [77]).

(b) Chez les hommes anorexiques : la pauvreté de l'activité sexuelle

Dans plusieurs perspectives cliniques, il a été suggéré que **l'impuissance et le manque d'intérêt pour la sexualité** pourraient être des équivalents masculins de l'aménorrhée féminine (Herzog [74]). Russell (cité par Andersen [7]) a suggéré que **l'absence d'érections** pourrait être un **signe « objectivable »** du trouble hormonal sous-jacent. Andersen [7], lui, évalue l'activité sexuelle par la présence de **masturbations** ou de **relations sexuelles**.

Ainsi, tous les auteurs soulignent la **pauvreté de l'activité sexuelle** qu'elle soit **prémorbide ou concomitante de la maladie**. Carlat [33] retrouve une absence d'activité sexuelle au cours de la maladie chez 58% des sujets. Beumont (cité par Scott [126]) notait, chez 5 de ses 6 patients, une diminution de la libido marquée par une disparition des érections matinales et un arrêt de la masturbation. L'étude menée par Herzog [73] rapporte que les hommes, plus que les femmes, ont et avaient avant le début de la maladie une activité sexuelle « limitée » en terme de relations sexuelles. Ils étaient moins souvent engagés dans une relation au moment de l'éclosion des troubles survenus pourtant plus tardivement. Chez 29 jeunes hommes anorexiques, (ayant en moyenne 20 ans, la maladie avait débuté vers 16 ans) Fichter et Daser [56] rapportent qu'un tiers des garçons avaient déjà expérimenté des relations sexuelles et 25% avaient vécu des flirts. 80% ne s'étaient jamais investis dans une relation sentimentale, ce qui serait moindre que les résultats des jeunes femmes qu'ils ne nous rapportent toutefois pas

L'anxiété vis-à-vis de la sexualité serait plus marquée que chez les filles. Ainsi Fichter [56] rapporte que 75% des hommes de son échantillon exprimaient du « *dégoût* » envers les relations sexuelles et se sentaient angoissés à l'idée de « *s'impliquer de façon trop proche* » ou de se retrouver « *piégés* ». La quasi-totalité des sujets étaient « *soulagés* » de la baisse du désir sexuel qui avait suivi la perte de poids. D'une façon générale, les auteurs soulignent soit un désintérêt soit un dégoût. Ce dernier tient probablement plus de la répression et de la lutte contre le désir que d'une réelle baisse de la libido. Finalement, « *la*

sexualité est évoquée avec difficulté et révèle une grande pauvreté tant au niveau fantasmatique que de l'expérience. » (Chambry [38]).

Chambry [58] souligne « la complexité des mécanismes fantasmatiques qui sous-tendent l'absence ou la présence d'érections ». Il s'interroge alors sur **la validité des dispositifs expérimentaux et la fiabilité de l'interrogatoire** pour évaluer « l'absence de désir ». De même, la libido féminine évaluée en terme de relations sexuelles est probablement aléatoire.

« L'aménorrhée a cet avantage de pouvoir être au moins en partie objectivable, mais la sexualité des garçons comme des filles anorexiques est peut-être tout aussi mystérieuse. »
(Chambry [38])

Malgré de probables biais d'évaluation, la pauvreté de l'activité sexuelle de façon antérieure et contemporaine de l'anorexie mentale serait une caractéristique plus volontiers masculine. L'absence d'érection et de masturbation pourrait venir rendre compte d'une baisse de la libido associée à une anxiété vis-à-vis de la sexualité et à une pauvreté fantasmatique.

(c) Un profil hormonal similaire ?

La relative (au regards des biais d'évaluation) absence de libido pendant la phase aiguë de la maladie serait en partie imputable à un **dysfonctionnement endocrine** sur le même modèle de ce qui est retrouvé chez les femmes (Herzog [74]). On sait toutefois peu de choses concernant le profil des hormones sexuelles chez les hommes anorexiques. Le peu d'études, par ailleurs déjà anciennes, sur le sujet concerne de très petits échantillons.

Buvat [32] étudie le profil des hormones gonadiques avant et pendant la reprise de poids chez sujets masculins anorexiques.

Les patients sont explorés au moment de leur amaigrissement maximal. Au niveau périphérique, les taux de testostérone plasmatique sont très significativement inférieurs à celui du groupe contrôle. Les taux d'oestradiol sont en moyenne plus bas que la normale. La réponse aux tests de stimulations aux gonadotrophines est abaissée et son amplitude paraît dépendre de la corpulence. Au niveau central, le taux basal des gonadotrophines est

significativement abaissé par rapport aux sujets témoins et la réponse à la LHRH est quasiment nulle. Seul un des patients, le moins amaigri, présente des taux de base et une réponse de LH normale mais des taux abaissés de FSH. Il existe donc **chez 80% des patients une insuffisance sévère de la sécrétion des gonadotrophines.**

Le profil hormonal de l'anorexie mentale masculine, à la phase d'état, serait celui d'un hypogonadisme hypogonadotrope. (Buvat [32])

Lors de la restauration pondérale, la même étude montre que le taux de testostérone plasmatique augmente parallèlement à la reprise de poids et son taux est corrélé de façon hautement significative à l'indice de corpulence. L'oestradiol plasmatique augmente également sans corrélation avec la corpulence. Toutefois, chez les deux patients, la testostérone est encore basse lorsque l'indice de masse corporelle se normalise. Dans trois cas, elle s'abaisse de nouveau alors que le poids se maintient au-delà de 90% du poids normal.

Les auteurs rapprochent les données biologiques et psychologiques. Ainsi, pour un des sujets, la testostérone se normalise tardivement, malgré un poids normal, lorsque le patient est autorisé à interrompre les études qu'il refusait. Elle s'abaisse ensuite lors d'un conflit avec la famille entraînant une séparation « *péniblement ressentie* ». Chez deux autres sujets, le taux plasmatique se normalise pendant les vacances scolaires puis s'abaissent à nouveau lors des examens de fin d'années alors qu'ils « *supportent mal la pression de performance qui leur est imposée* ».

Les taux de gonadotrophines sériques se normalisent également avec la reprise de poids sans corrélation entre ce taux et l'indice de corpulence. Une réponse à la LHRH au cours de la restauration pondérale et se normalise lors de la restauration d'un poids normal.

Au cours de la reprise de poids, il existe une augmentation de la testostérone plasmatique, des gonadotrophines sériques et de leur réponse au LHRH, ainsi qu'une corrélation hautement significative entre indice de corpulence et testostérone. Toutefois la perte de poids et la dénutrition ne permettent pas de rendre compte, à elles seules, de la diminution du taux de testostérone. Des facteurs psychologiques semblent expliquer certaines diminutions de la testostérone persistant ou récidivant en dépit d'un poids normal. (Buvat [32])

Cette étude présente un intérêt particulier. En effet, elle compare les profils hormonaux de ces patients à celui **d'un autre sujet qui présente un syndrome atypique** dans le sens où il ne répond pas aux items A et C des critères de Feighner. En effet, l'anorexie apparaît vers 28 ans et le sujet ne présente pas de « *distorsion vis-à-vis de la nourriture et du poids* ». Alors qu'il est très amaigri (BMI = 14,3), la testostérone plasmatique est moins abaissée et parfois même normale. Les taux de base des gonadotrophines et leur réponse à la LHRH sont normaux. Au cours de la reprise de poids, les deux dosages de testostérone sont normaux en dépit d'un BMI restant très faible. **Ce patient présente donc des anomalies hormonales très modérées bien qu'il soit aussi amaigri que les autres patients.**

Ces résultats ne sont bien sûr pas significatifs. Toutefois, ils interrogent sur une participation psychologique aux altérations hormonales. La baisse de la libido serait alors le produit de la dénutrition mais aussi influencée par des facteurs psychologiques. Ces résultats iraient alors dans le sens d'un équivalent à l'aménorrhée constitué par la perte du désir sexuel.

Toutefois, il serait probablement intéressant de déterminer si la baisse du taux de testostérone, de la même façon que l'aménorrhée, a pu précéder la conduite. De telles études sont, bien sûr, difficilement réalisables en pratique et nous n'en avons pas retrouvé dans la littérature.

e) Des particularités cliniques

(1) L'obsession de la forme du corps vs la recherche de minceur

Les auteurs s'accordent pour souligner une différence significative concernant la « phobie de la graisse » et les motivations avancées vis-à-vis de cette restriction alimentaire. Ainsi, la recherche de minceur et les préoccupations excessives autour du poids seraient plus marquées chez les jeunes filles. Les tests psychométriques retrouvent ainsi une différence significative entre les deux sexes concernant cette dimension de la conduite anorexique. A

l'EDI, Edwin et Andersen [54], retrouvent des **scores plus faibles pour les garçons à la dimension « désir de minceur »**. De même Strober [134] ne retrouve, à l'EAT, comme seule différence clinique significative entre les deux sexes que des **préoccupations autour du poids plus intenses chez les jeunes filles**. Cette différence (également présente dans la population générale) persistait tout au long de l'évolution et même plusieurs mois après la guérison symptomatique. Il existerait par ailleurs une **insatisfaction corporelle moindre** chez les hommes, selon Braun [19].

Il semble en effet, que les garçons cherchent à **modifier la forme de leur corps quand les filles désirent être minces**. Ainsi, Edwin [54] rapporte parmi une population anorexique que les garçons déterminent un poids dit « idéal » à 92% du poids « normal » pour l'âge et pour la taille quand les filles le fixent à 79%. Andersen [6] souligne que les plaintes des garçons au sujet de leur poids sont différentes de celles retrouvées chez les filles. Ils se plaignent peu de leur poids et de la taille de leurs vêtements. Ils expriment plutôt **un désir de perdre leur « graisse », « afin de parvenir à une définition de l'homme musclé »** [6] selon un idéal corporel masculin marqué par des **épaules larges et une taille et des hanches étroites** (Muisse [106]). Il est par ailleurs fréquent qu'ils soient **préoccupés par le risque de maladies cardio-vasculaires** dont souffre parfois un des membres masculins de la famille (Bryan-Wauhgt [28]). Seul Kearney-Cooke [82] retrouve que contrairement aux sujets sains qui valorisent le V-Shape (épaules larges, taille et hanches fines) les sujets présentant une anorexie mentale investissent un corps « fin et élancé ».

Enfin, dans les deux cas, la « phobie de la graisse » détermine une volonté apparente d'atteindre un idéal corporel. La tentative de se rapprocher au plus près de l'idéal masculin que constitue le V-Shape fait écho à la recherche féminine de minceur.

(2) L'image du corps

Malgré une conduite anorexique motivée, du moins consciemment, par des enjeux différents, il existe dans les deux cas, une altération de l'image du corps. Enfin leur discours au sujet de leur état corporel est assez semblable : **méconnaissance de la maigreur**

et déni de la gravité de leur état, « *horreur du mou, du ventre rond, apologie du muscle dur* » (Chambry [38]).

Gila [62] évalue **la représentation de leur propre corps chez des garçons** témoins et chez des garçons anorexiques ayant nécessité une hospitalisation. D'une façon générale, les garçons anorexiques surestiment le volume de leur corps de façon nettement plus marquée que les sujets témoins. Cela traduit, comme chez les jeunes filles, **un trouble de l'image du corps**. Les épaules sont l'objet d'une surestimation spécifique des anorexiques, et témoigne selon l'auteur d'un investissement important de cette partie du corps. Mais ce qui apparaît avant tout c'est un investissement excessif des cuisses et les hanches, objets d'une surestimation majeure comparés aux garçons de la population générale, deux parties du corps particulièrement surinvesties dans la population féminine anorexique ou « saine ».

Rio [120] rapporte, par exemple, le cas d'un jeune homme présentant une restriction alimentaire sous-tendue par la conviction d'être trop fort. Son insatisfaction corporelle porte sur la répartition de son poids : il est convaincu d'avoir maigri du torse mais non des cuisses et des fesses qu'il qualifie de grosses. Ainsi les craintes de grossir peuvent s'appuyer sur des fixations de type dysmorphophobiques concernant les parties du corps ou du visage (ce dernier type de fixation étant plus marqué chez les femmes) (Chambry [36])

Pour Chambry [38], on peut finalement décrire la « *même horreur du féminin pour les garçons et pour les filles.* »

(3) L'hyperactivité physique

D'une façon plus significative que chez la jeune fille, l'hyperactivité semble souvent dominer la conduite anorexique chez le garçon.

Comme chez elle, elle prend souvent l'aspect d'une **activité incessante « désorganisée, sans but précis, inefficace »** et qui se rapproche probablement de celle qui a pour objectif conscient de maximiser la dépense énergétique et qui parfois prend la forme d'une activité sportive solitaire et routinière (Kohl [88]). Elle s'inscrit aussi volontiers dans une **pratique intensive d'un sport d'élection**, souvent en club, et qui a souvent débuté avant l'individualisation de la conduite anorexique en elle-même. La recherche de performances vient justifier l'intensification des entraînements et la restriction alimentaire. Ces

préoccupations dominant voire envahissent, au même titre que la recherche de minceur chez la jeune fille, l'ensemble des activités mentales et physiques du jeune homme (Flament [58]). Elle participe bien sûr de l'amaigrissement et se poursuit malgré la fragilité somatique au sein d'une institution sportive probablement « contaminée » par le déni du patient, tout comme l'amaigrissement de la jeune fille peut être l'objet d'une méconnaissance par l'entourage familial et scolaire.

Il est par ailleurs possible que cette pratique sportive intensive s'inscrive, au-delà de la nécessaire mise en mouvement du corps comme court-circuit des activités de pensée, dans une **recherche de résultats et de performances directement mesurables**, en parallèle de **l'hyper-investissement intellectuel retrouvé plus fréquemment chez la jeune fille** (Margo [101]). Le résultat scolaire comme sportif vient, comme repère extérieur et objectif, directement confirmer la valeur personnelle du sujet et s'inscrit alors dans une recherche de réassurance narcissique.

Il est vraisemblable que ces particularités sémiologiques soient avant tout culturellement déterminées (Woodside [149]). Elles conduisent, dans tous les cas, à s'interroger sur les liens entre pratique sportive et troubles alimentaires et à poser l'hypothèse que l'anorexie mentale chez l'homme pourrait volontiers passer inaperçue dans certaines populations de sportifs.

f) Les conséquences somatiques et psychiques de la dénutrition

Soulignons que les complications somatiques chez le garçon sont très peu documentées.

(1) Quelques études concernant le garçon

Siegel [129] étudie les complications somatiques liées à l'anorexie mentale chez 10 garçons, âgés en moyenne de 16 ans et ayant bénéficié d'une hospitalisation dans un service de pédiatrie. Ils présentaient un amaigrissement important dont témoigne le BMI moyen à 13,5. Il notait la **fréquence des complications somatiques notamment sur le plan cardiaque**. La **bradycardie et l'hypotension artérielle** qui sont des signes d'adaptation à la

dénutrition concerneraient près de 95% des jeunes filles¹. Or 40% des garçons de leur échantillon étaient tachycardes (définie chez des sujets dénutris par une fréquence cardiaque au-delà de 80 battements par minute). L'un d'entre eux avait présenté un **arrêt cardio-pulmonaire et deux une insuffisance cardiaque congestive**. L'auteur suggère que dans ces cas la **tachycardie** constituait probablement un signe précoce de souffrance cardiaque grave. Dans l'ensemble, la tension artérielle était mesurée à 90/50 mm Hg. Ils présentaient une hypothermie très modérée. Par ailleurs, 70% des sujets présentaient à l'examen par tomodensitométrie une **atrophie cérébrale** contre 40% des jeunes filles hospitalisées dans le même service. Dans tous les cas cette atrophie corticale est au moins partiellement réversible après la reprise de poids. La **taille** de 8 patients était inférieure au **50^{ème} percentile** et celle de trois d'entre eux inférieure au 10^{ème} percentile. Une **anémie modérée** était notée chez sept d'entre eux.

Le très faible nombre de sujets de cet échantillon ne permet pas de conclure sur l'apparente fréquence des complications somatiques parfois graves. Toutefois, Siegel souligne que ces sujets étaient particulièrement dénutris à leur admission peut-être en raison d'un délai diagnostique plus tardif que chez les jeunes filles.

Olivardia [108] retrouvent que plus de 70% de ses patients anorexiques avaient présenté des complications somatiques sous forme d'ostéoporose, d'anémie et de bradycardie.

L'ostéopénie et l'ostéoporose seraient fréquentes voire plus marquées chez l'homme que chez la femme. Le déficit de masse osseuse, mesuré par absorptiométrie, serait directement corrélé à la perte de poids et à la baisse du taux plasmatique de testostérone. Andersen [9] en 2000, propose une thérapeutique associant une pratique modérée de sport favorisant l'accrétion osseuse ainsi qu'une supplémentation en calcium et en vitamine D.

Les conséquences à long terme sur la fertilité, qu'elles soient d'origine organique ou psychologique ont été soulignées chez les femmes. Ainsi une forte proportion de femmes consultant pour stérilité présenteraient ou auraient présenté une anorexie mentale (Girardon [63]). Aucune étude ne s'est attachée à déterminer de telles conséquences chez l'homme anorexique. Toutefois, soulignons que quelques auteurs ont pointé que les hommes sont rarement pères de famille plusieurs années après l'épisode anorexique (Jeammet [77],

¹ Palla et Litt: Medical complications of eating disorders in adolescents. Pediatrics & 988; 81: 613-623

Lindblad [93]). Ce dernier auteur rapporte l'étude de Ayers¹, en 1985, s'attachant à des sujets pratiquant un sport d'endurance à haut niveau, sujets qui pourraient être rapprochés des sujets anorexiques puisque 70% d'entre eux présentaient une baisse significative du taux de testostérone plasmatique. Le sperme de 10% était de « *qualité sub-normale* ». Keys et coll² ont retrouvé parmi une population d'hommes volontaires sains, que le jeûne entraînait une diminution de 25% de la production de spermatozoïdes (Mickalide [103])

La mortalité serait moindre chez l'homme que chez la femme (Chambry [42]).

Le petit nombre d'études et la faible puissance des échantillons ne permettent pas de résultats significatifs. Toutefois, certains auteurs soulignent la gravité des complications notamment cardiaques et osseuses. Il est possible que cette sévérité apparente soit, avant tout, le fait d'un amaigrissement plus important. Dans l'ensemble, la plupart des auteurs s'accordent pour considérer que les conséquences de la dénutrition sont les mêmes dans les deux sexes (hormis bien sûr le profil hormonal sexuel) et que leur gravité et leur fréquence dépend non pas du sexe mais de l'intensité de la perte de poids (Rigaud [119]).

Nous rappèlerons les conséquences possibles de la dénutrition, parmi celles qui n'ont pas déjà été évoquées.

(2) Les conséquences somatiques (Rigaud [119]) et psychiques de la dénutrition (Chabrol [35])

Tout d'abord, soulignons, qu'à long terme, la dénutrition entraîne une **véritable perte d'appétit** ainsi que **d'authentiques troubles digestifs** (ralentissement de la vidange gastrique, sensations de ballonnements) qui rendent d'autant plus difficile la reprise de poids.

Sur le plan métabolique, il existe une **diminution de la dépense énergétique** secondaire à une adaptation thyroïdienne (réduction de conversion de T4 inactive en T3 active). Ces postes de dépenses énergétiques s'adaptent à la renutrition en accélérant le métabolisme et là encore s'opposent à la reprise de poids.

¹ Ayers et coll. Anthropomorphic, hormonal, and psychologic correlates of semen quality in endurance-trained males athletes. *Fertl Steril* 1985; 43; 917

² Keys and coll: cité par Mickalide [103]

Sur le plan biologique, la dénutrition est longtemps « masquée » puisque le catabolisme tente de se stabiliser à un niveau proche la synthèse, en même temps que le volume plasmatique est réduit. La baisse des concentrations plasmatiques d'albumine, de transferrine et d'hémoglobine est donc un facteur de gravité.

Sur le plan cognitif, il existe un retentissement sur le fonctionnement cérébral. La dénutrition expérimentale chez des volontaires sains reproduit de nombreux aspects de la symptomatologie anorexique (Chabrol [35]). On observe des **préoccupations obsédantes autour de la nourriture**, des **troubles du comportement alimentaire** qui tendent à persister quelques temps après la reprise de poids, comme manger très lentement ou des accès hyperphagiques. Les autres manifestations psychologiques sont des défauts de concentration, une diminution des capacités mnésiques et intellectuelles, une irritabilité, une diminution du désir et de l'intérêt, voire une indifférence affective qui peuvent prendre **l'allure d'un épisode dépressif**. Les **traits de personnalité prémorbide ont tendance à être amplifiés et rigidifiés par la dénutrition**. On peut retrouver des **symptômes obsessionnels** qui se corrigeront sous l'effet de la seule prise de poids. Elle peut également être responsable de **préoccupations dysmorphophobiques**, de **sentiments de dépersonnalisation** voire de **symptômes psychotiques** comme le souligne H. Bruch [21]. Au maximum on peut observer une **confusion mentale** signant la souffrance cérébrale sub-aiguë. Dans les formes graves, il existe une atrophie cérébrale qui peut ne pas être totalement réversible avec la reprise de poids (Delvenne [57]).

g) Conclusion

Alors même que l'existence de l'anorexie masculine comme entité clinique a été controversée jusqu'aux années 1970, le tableau clinique est reconnu dans la quasi-totalité des études comme étant quasiment superposable à celui de la jeune fille, en terme de conduite alimentaire et de conséquences somatiques.

Retenons toutefois :

- **L'intensité de la dimension hyperactive.** L'investissement intellectuel laisse place chez le garçon à une hyperactivité physique qui s'inscrit fréquemment dans la pratique intensive d'un sport d'élection. Elle apparaît parfois au premier plan de la conduite anorexique.

- **La recherche d'un corps musclé** en écho à la recherche de minceur de la jeune fille, comme objectif conscient de la conduite. Les garçons sont avant tout préoccupés par leur forme physique et « *imprégnés d'images masculines de sveltesse, obtenues par des efforts de musculation et de pratiques sportives* » (Chambry [38]).
- **La sévérité de la perte de poids**, évoquant avant tout la massivité des mécanismes de déni et peut-être une difficile reconnaissance du diagnostic par le corps médical.

Finally, the diagnostic criteria elaborated from the female cases seem pertinent for the male cases, exception made obviously of the amenorrhea, but it is possible that **l'insuffisance des caractères sexuels secondaires et l'inappétence sexuelle** are equivalent to the male ones, as noted in the CIM-10. However, some authors (Burns and Crisp [30]) express doubts as to the pertinence of the proposed weight criteria, in view of the differences in body composition between men and women.

Nevertheless, Andersen [8] considers that, as the weight criteria change according to the classifications (25% for the criteria of Feighner, 15% for the DSM-IV and the CIM-10), these changes reflect their arbitrary character rather than real modifications of diagnostic needs.

Selon lui, doivent être considérés comme anorexiques, les sujets, hommes ou femmes, présentant une perte de poids menant au maintien d'un poids inférieur à la normale, une crainte inappropriée de l'obésité et un dysfonctionnement des hormones de la reproduction.

C. EPIDEMIOLOGIE

Deux éléments sont rapportés, presque comme postulat, par la majorité des auteurs. D'une part, l'anorexie mentale serait la pathologie médicale au sex-ratio le plus déséquilibré : elle n'atteindrait qu' **1 garçon pour 10 filles**. D'autre part, elle serait, chez le garçon comme chez la fille, en augmentation. Ce qui est alors le plus souvent sous-tendu est l'idée d'une pathologie déterminée par un mode sociétal favorisant.

Dans ce chapitre nous essaierons de définir la fréquence de l'anorexie du garçon, en terme d'incidence, de prévalence et de sex-ratio. Nous discuterons l'idée d'une augmentation de fréquence de la pathologie. Les autres troubles alimentaires seront également abordés, essentiellement les formes mineures et la boulimie. Enfin, l'anorexie mentale pré-pubère ne constitue pas le sujet de notre travail mais la proportion importante de garçons nous incite à individualiser un chapitre où nous la présenterons brièvement.

1. Incidence

Les résultats des études sont particulièrement disparates en fonction d'une part des critères diagnostiques utilisés et d'autre part de la population étudiée.

Deux études consistant en un **relevé systématique de toutes les premières admissions psychiatriques** des hommes pour anorexie mentale rapportent les résultats suivants. En Angleterre, Williams et King¹ évalue l'incidence annuelle de l'anorexie mentale masculine entre 1972 et 1981 à **0,18 / 100 000 habitants** (1,14 /100 00 habitants pour l'anorexie féminine pendant la même période). Des taux similaires sont retrouvés par Nielsen² sur la période allant de 1973 à 1987 en utilisant le registre national des admissions psychiatriques du Danemark : **0,17 / 100 000 habitants** (1,9/ 100 000 habitants pour les femmes).

Ces chiffres sont cependant sous-estimés car ils ne prennent en compte que les formes nécessitant une hospitalisation en psychiatrie. Les sujets hospitalisés dans des services somatiques ainsi que les cas moins sévères échappent au recensement.

¹ Williams, King: "The epidemic of anorexia nervosa: another medical myth?" Lancet, 1987: 24, p205-207

² Nielsen, "The epidemiology of anorexia nervosa in Denmark from 1973 to 1987" Acta Psychiatr. Scand., 1990; 81, p507-514

Lindblad [93] utilisant le registre national des hospitalisations (psychiatrie et médecine) en Suède entre 1987 et 1992 retrouve environ **1,92 nouveaux cas** par an pour 100 000 habitants.

L'étude de **Lucas**¹, plus exhaustive, s'attache à l'ensemble des prises en charge ambulatoires ou hospitalières (tous types de services confondus) de l'ensemble de la population (N= 60 000) de la ville de Rochester dans le Minnesota entre 1934 et 1984. Il rapporte des taux d'incidence dix fois plus élevés. L'incidence annuelle globale était estimée à **1,8 / 100 000 habitants**. Pour la tranche d'âge de **15 à 19 ans elle est évaluée à 7,3 / 100 000**.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'études plus récentes concernant l'incidence de la pathologie.

0,17 à 1,8 nouveaux cas d'anorexie masculine pour 100 000 habitants seraient pris en charge dans un réseau de soins tous les ans, du moins dans les années 1980.

2. Prévalence

Il n'existe que très peu d'études en population générale. Il s'agit ici de dépister par un questionnaire les sujets potentiellement porteur du diagnostic puis de le confirmer par un entretien clinique.

Les études en population générale adolescente retrouve **une prévalence entre 0 et 0,2%. Rastam**² **en 1989**, examine l'ensemble de la population scolarisée âgée de 15 ans de la ville de Göteborg en Suède soit 4290 adolescents. Il estime la prévalence cumulative (0-15 ans) de l'anorexie mentale chez le garçon à **0,09%**. En revanche une étude américaine de **Whitaker**³, datant de 1989 et portant sur 5596 adolescents scolarisés âgés de 13 à 18 ans, ne retrouve **aucun cas** d'anorexie mentale masculine.

A partir d'une étude en population générale adulte, **Woodside en 2001** [147] relève dans un échantillon représentatif de la population canadienne (N=9 953) un pourcentage de

¹ Lucas: "50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. : A population-based study", American journal of Psychiatry, 1991: 148, p917-922

² Rastam: "anorexia nervosa in a swedish urban region: a population-based study", Br. J. Psychiatry, 1989, 155, p642-646

³ Whitaker: "Uncommon troubles in young people", Arch. Gen. Psychiatry, 1990; 47, p'87-496

0,16% de forme complète d'anorexie mentale chez les hommes, selon les critères du DSM-IV. **Kjelsas [87], en 2004** étudie une population de 1960 adolescents scolarisés âgés de 14 à 15 ans de la ville de Trondheim en Norvège. En utilisant les critères diagnostiques du DSM-IV pour l'anorexie mentale il retrouve une prévalence chez le garçon de **0,2%**.

La prévalence dans la population générale adolescente de l'anorexie mentale chez le jeune homme serait de 0 à 0,2% pour la forme complète de la maladie. Globalement, on considère que la prévalence vie entière de l'anorexie mentale dans la population féminine est d'environ 0,5% à 1% (Corcos [46]).

3. Une augmentation des cas d'anorexie masculine ?

D'une façon générale, Chambry [36] avance (avec précaution) que l'anorexie mentale du garçon serait en augmentation.

En ce qui concerne les études d'incidence de l'anorexie mentale à partir des registres d'hospitalisation, celle de Lucas¹ montrait une fréquence stable des prises en charge chez les garçons entre 1934 et 1984, alors qu'elle augmentait chez les jeunes filles entre 15 et 24 ans.

L'hypothèse d'une augmentation de la fréquence l'anorexie mentale (de la jeune fille) a été étayée à partir des résultats des registres d'hospitalisations. Ainsi le nombre d'hospitalisations en psychiatrie pour anorexie mentale entre 1933 et 1960 est multiplié par cinq dans la région sud de la Suède². Dans l'état de New York il double presque entre 1973³ et 1980⁴. Or, Williams et King⁵ réfutent l'idée d'une majoration du risque morbide, entre 1971 et 1981. En effet, l'augmentation du nombre de sujets hospitalisés pour anorexie mentale est parallèle à celle de la population à risque (15-25 ans), ce qui détermine un rapport d'incidence équivalent. Par ailleurs, c'est avant tout le risque de ré-hospitalisation qui se

¹ Lucas: "50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. : A population-based study", American journal of Psychiatry, 1991: 148, p917-922

² Theander, 1970 cité par Hardy [71]

³ Kendel, 1973 cité par Hardy [71]

⁴ Jones, 1980 cité par Hardy [71]

⁵ Williams, King: "The epidemic of anorexia nervosa: another medical myth?" Lancet, 1987: 24, p205-207

majore. Lucas¹ retrouve en fait des résultats proches, puisqu'il existait surtout une augmentation des formes modérées et des hospitalisations plus précoces et plus nombreuses chez les jeunes filles.

Ces résultats sont très disparates et difficilement comparables entre eux. Toutefois, ce qui ressort de ces chiffres c'est, quelque soit la région, **un phénomène d'accroissement de la fréquence des prises en charge dans les pays industrialisés.**

Enfinement, pour les jeunes filles, il existe probablement une **augmentation des demandes de soins entre les années 1960 et 1980**, vraisemblablement en rapport avec une prise en charge plus précoce et plus accessible via de nouvelles structures de soins spécialisées ainsi qu'en lien avec une meilleure reconnaissance de la maladie dans la population générale.

Concernant les garçons, il est probable qu'un tel phénomène se soit produit **plus tardivement**. Il n'existe cependant pas d'étude à partir des registres d'hospitalisations nationaux plus récente que celle de Lucas (Chambry [38]). Toutefois, les auteurs soulignent une augmentation des prises en charge au sein des unités de soins.

Ainsi, en 1984, Schmidt et Rouam [125] pointent que « *ce qui était il y a peu une curiosité clinique est devenu ces dernières années une réalité non exceptionnelle : ainsi au cours des trois dernières années [ils ont] eu à traiter sept cas d'anorexie masculine contre un seul au cours des trois années précédentes* ». Par ailleurs **en 1998, Braun [19]** retrouve une **augmentation progressive du nombre d'hommes admis pour la première fois dans une unité de soins spécialisée** dans les troubles du comportement alimentaire entre 1984 et 1996. Sans distinction diagnostique, la proportion de garçons a régulièrement augmenté passant de 2% en 1984 pour atteindre 10% dans les années 1990.

Il s'agit là encore probablement des conséquences d'une meilleure reconnaissance du trouble par les professionnels de la santé et d'une meilleure communication sur les structures de soins dans la population générale (Braun [19]).

Toutefois, en faveur d'une augmentation de la fréquence de la pathologie chez le garçon, l'étude rétrospective de **Bulik [29]**, publiée en 2006, rapporte des résultats intéressants. Elle évalue la prévalence sur la vie de l'anorexie mentale dans une population de jumeaux suédois

¹ Lucas: "50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn. : A population-based study", American journal of Psychiatry, 1991: 148, p917-922

nés entre 1935 et 1958, et ce, à partir du Swedish Twin Registry. Deux entretiens téléphoniques permettent d'identifier de façon rétrospective l'existence au cours de la vie d'un épisode anorexique. Chez les hommes nés avant 1944, aucun cas n'est retrouvé alors que 10 sujets nés après 1944 (soit 0,11%) auraient présenté un tel trouble n'ayant toutefois pas fait l'objet d'une prise en charge médicale. On observe le même phénomène chez les femmes, avec toutefois une augmentation moindre. Cette étude présente l'inconvénient du diagnostic rétrospectif d'une maladie de l'adolescence chez des sujets âgés de 44 à 67 ans au moment de l'évaluation. Le choix de la population étudiée, celle des jumeaux, pour laquelle la problématique de séparation-individuation est prévalente, constitue probablement un second biais d'évaluation.

Toutefois ces données suggèrent que **l'anorexie mentale masculine pourrait avoir augmenté dans la population (des jumeaux) à partir des années 1960** (les sujets nés en 1944 étant alors adolescents).

Seules les études de Rastam, en 1989, et celle de Kjelsas, en 2004, ont l'intérêt de recenser les cas d'anorexie mentale dans deux populations qu'on peut globalement considérer comme équivalentes. Dans la population scandinave adolescente âgée de 15 ans, la prévalence de l'anorexie masculine aurait doublée en quinze ans alors qu'elle restait inchangée chez la jeune fille. **Toutefois, dans la première étude, les critères de Feighner sont utilisés alors qu'ils déterminent des critères de perte de poids plus stricts que le DSM-IV, utilisé dans la seconde étude.**

Le très petit nombre d'études épidémiologiques concernant l'anorexie du garçon permet difficilement de conclure quand à une augmentation de fréquence de la pathologie. Ce qui apparaît de façon plus évidente est une augmentation des demandes de soins à partir des années 1980-1990. Chez la jeune fille on a observé le même phénomène jusque dans les années 1980, phénomène qui se serait par la suite stabilisé.

4. Sex-ratio

La caractéristique majeure des troubles du comportement alimentaire et en particulier de l'anorexie mentale serait la remarquable prédominance féminine.

La très grande majorité des auteurs (Striegel-Moore [131] ; Carlat [33] ; Olivardia [108]) semblent s'accorder sur une proportion de 1 garçons pour 10 filles, avançant des études portant sur de petits échantillons de patients hospitalisés. En réalité, ces chiffres nécessitent d'être nuancés.

L'« intuition » des auteurs se fondant sur le petit nombre de sujets rencontrés dans leurs propres services hospitaliers, amène à déterminer une très forte prévalence féminine de l'ordre de 1/10 (= M/F).

Ainsi Haguenau et Koupernik [69] en 1964, soulignaient déjà que sa **fréquence était diversement appréciée** dans la littérature entre les années 1930 et 1964. Ils retrouvaient une proportion allant de **1/4** (Berkman en 1930 : 28 cas masculins sur 117) à **1/16** (Laboucarié en 1954). De façon globale, la proportion était effectivement de **1/10**.

Plus récemment, Crisp [48] recense parmi l'ensemble de ses patients hospitalisés en psychiatrie pour anorexie mentale entre 1963 et 1983 un sex-ratio de **1/11**. Jeammet [77] retrouve dans la population ayant été hospitalisée puis suivie au moins quatre ans dans l'unité de psychiatrie de l'HIUP entre 1968 et 1982 recense **1 garçon pour 17 filles**. Albert [3] rapporte parmi 71 adolescents anorexiques traités en 10 ans, **un garçon pour huit filles**. Braun [19] retrouve la même proportion parmi une population d'anorexiques hospitalisés dans une unité spécialisée dans les troubles du comportements alimentaires entre 1984 et 1996. En 2006, Strober [134], rapporte 14 garçons et 85 filles entre 13 et 17 ans ont été hospitalisés dans son service sur la même période, ce qui détermine un sex-ratio de **1/6 (M/F)**.

Enfin, on peut estimer le sex-ratio de l'anorexie mentale à 1 garçon pour 6 à 10 filles, chez les patients hospitalisés.

Néanmoins, les études de prévalence en population générale retrouvent une proportion de garçons bien plus élevée que celles s'intéressant uniquement aux cas pris en charge dans

un réseau de soins. Elles sont aussi plus récentes, se fondant sur des critères diagnostiques moins stricts en termes pondéraux, et sont donc difficilement comparables aux précédentes.

Dans l'étude de Rastam¹ en 1989, le sex-ratio est de **1/7 (M/F)**. Woodside en 2001 [147] retrouve lui dans la population générale un sex-ratio M/F de **1/ 4,2 pour la forme complète** d'anorexie mentale. De la même façon, Kjelsas [87] en 2004, retrouve dans la population générale de 14 à 15 ans une proportion de **1/3,5 (M/F)** répondant aux critères diagnostiques DSM-IV de l'anorexie mentale.

Dans la population générale, la prédominance féminine de l'anorexie mentale reste effective mais selon une proportion bien moindre d'environ 1/ 4 (= M/F).



Au total, il s'avère difficile de se faire une idée précise des données épidémiologiques concernant l'anorexie mentale masculine. Le nombre d'études est réduit, les méthodologies et les critères diagnostiques sont variables de l'une à l'autre.

Retenons que chez les hommes:

- Il existe probablement une **augmentation des demandes de soins** et des prises en charge pour anorexie mentale masculine depuis les années 1980. Cette majoration ne semble pas, de façon évidente, corrélée à une réelle augmentation (suggérée mais controversée) de la prévalence dans la population générale. Elle pourrait alors en partie traduire les effets d'une meilleure reconnaissance des troubles.
- **Parmi les sujets bénéficiant de soins**, la prévalence féminine semble effectivement majeure et détermine un sex-ratio aux alentours de **1 homme pour 6 à 10 femmes**.
- **Dans la population générale adolescente, cette prédominance féminine semble moins marquée.** Les jeunes hommes constitueraient un quart des

¹ Rastam: "anorexia nervosa in a swedish urban region: a population-based study", Br. J. Psychiatry, 1989, 155, p642-646

sujets anorexiques, suggérant leur moindre accession aux systèmes de soin. Difficulté à poser le diagnostic médical ? Massivité du déni à la fois par le patient, la famille et son entourage plus large ? Difficultés à demander de l'aide pour une pathologie volontiers considérée comme féminine ?

Soulignons déjà, mais nous y reviendrons, que l'anorexie mentale pré-pubère se caractérise par un sex-ratio très différent. Les auteurs (Bryan-Waugh [28] ; Le Heuzey [90] ; Halfon [70]) s'accordent pour considérer que les **garçons représentent 30% des sujets.**

5. Les autres troubles du comportement alimentaire chez l'homme

a) Les formes mineures ou sub-syndromiques de troubles du comportement alimentaire

(1) Du normal au pathologique

Repérées uniquement par les études en population générale, les **formes mineures ou sub-syndromiques** ne font que rarement l'objet de demande de soins. Elles posent en tout cas la question des limites de la pathologie. Corcos [46] et Flament [58] considèrent les troubles du comportement alimentaire selon un **continuum normal-pathogène-pathologique** dans un aspect dimensionnel plutôt que sur un mode catégoriel.

Marcelli [99] décrit ainsi des « *conduites alimentaires déviantes* » d'intensité modérée observées fréquemment à l'adolescence qui peuvent rester **isolées** ou se succéder mais qui n'aboutissent pas aux tableaux cliniques constitués. En plus des épisodes de **fringale, d'hyperphagie-grignotage**, de **binge eating**, il souligne la fréquence d'une part des **restrictions alimentaires transitoires** où les facteurs environnementaux sont prévalents (elles sont notamment justifiées par la recherche d'une silhouette mince, à la mode); des comportements alimentaires où domine la **dimension ascétique** (certains aliments sont exclus, souvent ceux valorisés par la famille) ; des **vomissements** dont l'objectif conscient est celui d'une maîtrise du poids.

Ses **désordres fréquents de l'adolescence** et qui disparaissent spontanément sont sous-tendus par : la **régression défensive face à la réactivation pulsionnelle**, à un **mode de**

satisfaction orale moins menaçant car déjà éprouvé ; **une revendication d'autonomisation** vis-à-vis des parents passant par un réaménagement personnel de son alimentation ; la **focalisation autour du repas des conflits entre parents-adolescent**, où les fonctions alimentaires nouvellement sexualisées font qu'il existe un déplacement de « la scène primitive » sur la « cène familiale » ; une « faim d'objet » qui traduit le besoin intense d'incorporer les objets pour satisfaire sa quête identificatoire et qui peut parfois prendre l'aspect très concret de l'absorption de nourriture.

En fait, une conduite alimentaire perturbée et des préoccupations importantes concernant le poids sont un fréquent mode de réactions à des difficultés existentielles de l'adolescence (Venisse [140]).

Le DSM-IV, dans une dimension catégorielle, décrit quatre types de troubles sub-syndromiques, intitulés « **Troubles non autrement spécifiés** » (« **Eating Disorders non Other Specified** »): **EDNOS**)

- **L'anorexie avec menstruation** répond à tous les critères de l'anorexie à l'exception de l'aménorrhée ;
- **La boulimie sub-clinique** répond à tous les critères de la boulimie à l'exception du critère de fréquence des crises ou des comportements compensatoires.
- **La boulimie sans hyperphagie** correspond à des sujets de poids normal qui n'ont pas de crises d'hyperphagie mais qui s'engagent dans des comportements compensatoires au moins deux fois par semaines ou pendant une durée inférieure à trois mois.
- **Le binge eating disorder** est une boulimie sans comportement compensatoire. Les crises boulimiques se produisent au moins deux fois par semaine pendant trois mois mais le sujet ne présente pas de comportements compensatoires.

Mintz et al, 1997, ont proposé une classification des sujets symptomatiques ne répondant pas aux critères des troubles alimentaires décrits par le DSM-IV. Ils proposent le diagnostic de **7 troubles sub-cliniques** dont ils ont démontré la validité.

- **L'anorexie à poids sub-normal** : répond à tous les critères du DSM-IV sauf à celui de la perte de poids, le BMI restant sub-normal, entre 17,6 et 19.
- **La boulimie sans hyperphagie à poids non normal** répond aux critères de la boulimie sans hyperphagie mais le poids est en dehors des limites de la normale.
- **La boulimie sub-clinique sans hyperphagie** où le sujet s'engage dans des comportements de compensation avec une fréquence insuffisante pour le diagnostic de boulimie sans hyperphagie.

- **L'hyperphagie avec restriction** correspond à des sujets qui ont des crises d'hyperphagie mais qui compensent exclusivement par une restriction alimentaire.
- **La boulimie comportementale** répond aux critères de la boulimie, fréquence des symptômes incluse, mais sans sentiment de perte de contrôle pendant les crises ou sans influence excessive du poids ou de la silhouette sur l'estime de soi.
- **La boulimie comportementale sub-clinique** répond aux critères du trouble précédent, sauf celui de la fréquence.
- **La restriction alimentaire chronique** correspond à des sujets sans crise d'hyperphagie mais qui recourent à des restrictions alimentaires strictes ou utilisant des médicaments anorexigènes sans autres comportements compensatoires.

(2) Quelles formes sub-cliniques chez le garçon ?

Une enquête¹ réalisée par Ledoux [58] au début des années 1990, auprès de 3500 élèves âgés de 11 à 20 ans en Haute-Marne, évaluait les habitudes et les comportements alimentaires des adolescents. Les différences entre garçons et filles étaient manifestes vis-à-vis de **l'attention portée au poids et des conduites de restriction**. Les préoccupations excessives autour du poids concernaient 12% des garçons et un tiers des jeunes filles. 8,1% des garçons et 19,1% des filles utilisaient une ou plusieurs méthodes de contrôle pondéral. **Les filles s'orientaient de façon spécifique vers la restriction alimentaire.** En revanche, **les garçons utilisaient plus volontiers les conduites de purge** (vomissements, laxatifs et diurétiques). Les **crises de boulimie hebdomadaires** concernent presque également garçons et filles : 7,2% des premiers et 9,8% des secondes. Ce qui différencie les deux populations n'est pas la fréquence des crises mais **le sentiment d'auto-dépréciation** qui leur est associé : **les filles reconnaissent volontiers un sentiment de honte après la crise. La fréquence de ces comportements diminuait ou restait stable entre 12 et 19 ans chez les garçons alors qu'elle augmentait chez les filles.**

Une seconde étude, menée par Flament [58] et datant de 1993, évaluait les troubles du comportement alimentaire par un auto-questionnaire administré à l'ensemble des hommes (N= 9775 ; âge moyen = **20 ans**) lors de la visite de sélection obligatoire pour le service national à Vincennes. Ils étaient comparés à 667 femmes s'engageant volontairement dans

¹ Ledoux, Choquet, Flament: "Eating Disorders among adolescents in a unselected population", Int. J. Eating Disorders, 1991; 10, p81-89

l'armée (qui ne reflètent toutefois peut-être pas la population générale). De manière globale, les **préoccupations corporelles sont plus élevées chez les femmes** mais **27% des hommes se disent « très préoccupés de leur poids ou par l'aspect de leur corps »** et **18% « terrifiés par l'idée de devenir gros »** (vs 42% de femmes). Davantage d'hommes (18%) que de femmes présentent des **crises boulimiques** (15%) bien que les crises fréquentes c'est à dire pluri-hebdomadaires se rencontrent plus volontiers chez les femmes.

Une étude, menée en 2006 par Neumark-Sztainer¹ sur une large population adolescente du Minnesota concernant les habitudes alimentaires, retrouve que **32,7% des garçons** vs 56,9% des filles tentent de **maîtriser leur poids** par des pratiques de **jeûne total ou partiel ou une consommation de substituts alimentaires**. En ce qui concerne les méthodes qualifiées par l'auteur d' « extrêmes » telles que les vomissements, l'utilisation de laxatifs, de diurétiques ou d'anorexigènes, elles concernent 4,6% des garçons et 12,4% des filles.

A partir d'une étude en population générale adulte, Woodside en 2001 [147] relève dans un échantillon représentatif de la population canadienne (N=9 953) 0,76% de forme partielle d'anorexie mentale masculine selon les critères du DSM-IV. Le sex-ratio était alors de 2 garçons pour 3 filles.

L'étude de Kjelsas [87] en 2004 que nous avons déjà cité (population de 1960 adolescents norvégiens scolarisés âgés de 14 à 15 ans) rapportait 5% des sujets masculins répondaient aux critères diagnostiques de troubles non autrement spécifiés selon les critères du DSM-IV.

Finalement, les « conduites alimentaires déviantes » et les formes sub-cliniques sont fréquentes chez les jeunes hommes.

- **Les conduites boulimiques touchent 7 à 18% des sujets masculins, fréquence quasiment équivalente à celle des jeunes femmes. Elles ne sont toutefois pas teintées de la dimension de culpabilité commune à ces dernières.**
- **Les jeunes filles pratiquent de façon plus spécifique les restrictions alimentaires.**

¹ Neumark-Sztainer D.: Does body satisfaction matter? Five year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. J. Adolescent Health 39, 2006, 244-251

- **Les formes partielles d'anorexie mentale concernent 0,76% des garçons contre 1,15% des filles. Le sex-ratio de 1 garçon pour 1,5 ne fait plus de cette forme clinique l'apanage des jeunes filles.**

Or, Marcelli [99] et Corcos [46] rappellent que les **formes mineures**, bien plus que les formes avérées, sont **essentiellement influencées par les facteurs environnementaux**, au premier plan desquels **l'impact des modèles sociaux concernant l'alimentation et l'esthétique corporelle**.

Toutefois, la fréquence (relative en regard des formes féminines) des formes sub-cliniques d'anorexie mentale chez les jeunes hommes seraient-elles corrélées à une évolution socio-culturelle favorable à leur développement? Nous y reviendrons.

b) Les autres troubles du comportement alimentaire caractérisés notamment la boulimie

(1) Parmi la population générale adolescente :

Kjelsas [87] en 2004 (population de 1960 adolescents norvégiens scolarisés âgés de 14 à 15 ans) rapportait que **6,5% des garçons** répondaient aux diagnostics de TCA selon le DSM-IV, contre 18% des filles soit un **sex-ratio d'environ 1/3 (M/F)**. Parmi, les sujets masculins présentant un TCA, les diagnostics se répartissaient de la façon suivante: 3% présentaient une anorexie restrictive, **6% une boulimie**, **13,8% un binge eating disorder**. Les mêmes **proportions étaient retrouvées chez les filles** si ce n'est la fréquence des binges qui concernait 8% des sujets. **On peut donc calculer la prévalence de la boulimie à 0,03% et des binges à 0,08% dans cette population adolescente.**

Parmi, les 3500 sujets¹ de 11 à 20 ans étudiés par Flament et coll. [58], la prévalence de la boulimie était de **0,2% chez les garçons et de 1,1% chez les filles.**

¹ Ledoux, Choquet, Flament: "Eating Disorders among adolescents in a unselected population", Int. J. Eating Disorders, 1991; 10, p81-89

La seconde enquête des mêmes auteurs concernant la tranche d'âge supérieure (20 ans) [58] estimait le taux de **prévalence de la boulimie** chez les hommes jeunes de la population générale à **0,37%**.

La prévalence de la boulimie dans la population adolescente masculine serait comprise entre 0 et 0,5% (Flament [58]), ce qui correspondrait alors au double de la fréquence de l'anorexie mentale. Concernant la prédominance féminine, elle semble moindre que pour l'anorexie : elle est évaluée à 1 garçon pour 5 filles (Bochereau [16]). En revanche, les garçons représentent seulement 1 à 11% des sujets hospitalisés pour boulimie (Flament [58]).

(2) Parmi les sujets hospitalisés pour trouble du comportement alimentaire

L'étude de Robergeau [122], se fondant sur les registres d'hospitalisation de l'état de New York au **cours de l'année 1995**, recense parmi les sujets recevant un **diagnostic de TCA un homme pour sept femmes**.

Braun [19], lui, recense une population de 51 garçons admis pour la première fois dans une unité spécialisée pour troubles du comportement alimentaire (ce qui constituait un sex-ratio de 1/14 = M/F). La répartition diagnostique (selon les critères du DSM-IV): **60% présentaient une anorexie mentale** (la moitié une forme restrictive, **l'autre une forme avec conduites de purge ou boulimie**), **18% un diagnostic de boulimie** et 22% un trouble non autrement spécifié. Il n'existait pas de différence significative entre garçons et filles.

Carlat [33] retrouve à partir à partir de 135 cas de garçons traités pour troubles du comportement alimentaire au Massachusetts General Hospital entre **1980 et 1994** une répartition diagnostique suivante : **46% sont boulimiques, 22% anorexiques**, 32% EDNOS (dont 26% de binge eating, 23% d'anorexie sub-clinique, 23% de vomissements auto-induits sans boulimie, 14% de boulimie sans préoccupations excessives autour du poids, 14% de sous-types divers).

D'une façon générale et dans le cadre de la pathologie avérée, les **conduites boulimiques et les conduites de purge sont particulièrement fréquentes**. Elles peuvent être isolées au sein d'un syndrome boulimique pur, plus fréquemment elles surviennent au cours de l'évolution de l'anorexie mentale ou constituent parfois une des composantes de la conduite anorexique.

Enfin, les troubles alimentaires masculins sont une réalité clinique. Ils sont marqués, par ailleurs, par la fréquence de la composante boulimique.

- Le **sex-ratio est quasiment équilibré concernant les conduites boulimiques isolées** de l'adolescence.
- Toutefois, lorsque les troubles sont suffisamment intenses pour s'inscrire dans le cadre de la pathologie, la **boulimie devient une pathologie plus volontiers féminine**. La boulimie concerne un garçon pour cinq filles.
- Le sex-ratio se fait plus remarquable concernant les **patients ayant eu accès aux systèmes de soins (M/F : 1/100 à 1/10)**. Cela signifie peut-être qu'ils recherchent moins d'aide peut-être parce qu'il s'agit d'une **pathologie, classiquement associée à la jeune fille, vécue avec moins de culpabilité** et qui passe très **facilement inaperçue**. Cela pose aussi la question d'une difficile reconnaissance des troubles et de la possibilité de proposer des soins. Le même phénomène que dans l'anorexie mentale masculine survient-il ? L'hospitalisation est-elle décidée lorsque la gravité de la conduite impose l'évidence au patient et au médecin ?

D. EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'idée a été longtemps communément admise (Schmidt et Rouam [125]) que **le pronostic de l'anorexie mentale serait plus grave chez l'homme** que chez la femme, avec un **risque élevé d'évolution vers la psychose ou vers une forme chronicisée invalidante**. Qu'en est-il réellement ?

L'appréciation du pronostic de l'anorexie mentale masculine est variable, d'autant qu'il est difficile de transposer les critères objectifs de guérison des filles aux garçons.

1. Quels critères d'évolution prendre en compte chez l'homme?

L'évolution de l'anorexie mentale chez la jeune fille est classiquement évaluée par les caractéristiques du **comportement alimentaire, les données pondérales** mais aussi le **statut du cycle menstruel**.

En terme symptomatique, trois groupes évolutifs sont retrouvés. On considère que 30 à 50% des patientes serait, après une durée plus ou moins longue, en **rémission complète** sur le plan symptomatique. Un tiers évoluerait vers une **forme chronique invalidante** sur le plan somatique, social et relationnel. Une troisième partie, c'est-à-dire entre 20 et 40% des sujets, présenterait des périodes de **rémission complète entrecoupées de rechutes ou des troubles sub-cliniques chronicisés** (Chabrol [35]).

Par ailleurs, rappelons que le retour du cycle menstruel n'est pas toujours corrélé à la normalisation du comportement alimentaire. Ainsi, on observe souvent un **contraste entre une normalisation pondérale et menstruelle et la persistance de troubles de la conduite alimentaire** (Jeammet [77]).

En fait, évaluer le pronostic de l'anorexie est probablement plus complexe. Jeammet [77] rappelle que, malgré une apparente résolution symptomatique, le fonctionnement psychique reste souvent perturbé. Ainsi c'est avant tout la **capacité d'être en contact avec son monde interne, la qualité des relations objectales et l'abandon des mécanismes de déni et de projection** comme défenses psychiques principales qui doivent, selon lui, constituer les critères principaux d'évolution. Ils signent en effet, bien plus que l'abandon de

la conduite symptomatique, le **renforcement du Moi et des assises narcissiques**. Finalement, malgré une évolution symptomatique satisfaisante, 30 à 50% des patientes sont concernées par des désordres de la personnalité et du caractère qui ne témoignent en réalité pas d'une organisation psychopathologique stable et efficace. Ils révèlent la persistance de la fragilité des assises narcissiques et de l'estime de soi et rendent aléatoires les aménagements des relations objectales.

Ces quelques notes permettent de percevoir la difficulté d'évaluer en termes objectifs la qualité de la restauration psychologique de ces patients. Or chez le garçon, **le phénomène on/off que constitue la disparition ou la réapparition des règles n'a pas d'équivalent** aussi évident. Les critères d'évaluation seront alors probablement encore plus aléatoires.

Chambry [38], dans le prolongement de Jeammet [77] souligne les difficultés d'évaluer le pronostic de l'anorexie mentale selon des critères « objectifs », notamment les données pondérales. En effet, les seize garçons de son échantillon ont tous évolué favorablement sur le plan pondéral. Toutefois, il semble que le **devenir psychopathologique** de ses patients soit beaucoup plus aléatoire et marqué par des aménagements psychiques défensifs témoignant de difficultés psychologiques non résolues.

Burns et Crisp [30] ont ainsi proposé de considérer **comme indicateur de l'évolution, l'activité sexuelle en termes de relations sexuelles ou de masturbation**.

2. Les données évolutives chez l'homme

Aujourd'hui, les travaux de Burns et Crisp [30], datant pourtant de 1990, semblent faire référence concernant le pronostic à long terme de l'anorexie mentale masculine.

Les auteurs définissent alors trois types d'évolution en se fondant sur des **données pondérales et d'activité sexuelle**:

- Une **évolution satisfaisante** marquée par une restauration du poids au-delà de 85% du poids normal pour l'âge et pour la taille ainsi qu'une activité sexuelle régulière ;

- Une **évolution intermédiaire** indique soit une restauration du poids au-delà de 85% mais avec une activité sexuelle absente ou irrégulière ; soit une restauration du poids entre 80 et 85% et une activité sexuelle régulière ;
- Une **évolution pauvre** est marquée par un poids inférieur à 85% et une absence ou une irrégularité de l'activité sexuelle.

Vingt-trois hommes anorexiques étaient ainsi évalués, au **minimum deux ans et en moyenne huit ans après une première consultation**. Vingt avaient bénéficié d'une hospitalisation et été traités par renutrition et psychothérapie individuelle. Deux avaient été suivis en ambulatoire et cinq n'avaient pas reçu de suivi thérapeutique après l'évaluation initiale. Les résultats retrouvés étaient les suivants : **44% avaient évolué de façon satisfaisante, 26% de façon intermédiaire et 30% de façon pauvre. Aucun patient n'était décédé. Aucun n'a développé de pathologie psychotique à aucun moment de l'évolution.**

Soulignons que 33% des sujets à l'évolution satisfaisante avaient présenté, contrairement aux autres, des troubles psychiatriques prenant la forme d'un **trouble anxieux** ou **d'abus d'alcool**. Il est possible que ces symptômes psychiatriques représentent des modalités d'adaptation alors qu'est abandonnée la conduite anorexique défensive.

Dans le second groupe, malgré un poids normal, persistaient des **préoccupations intenses autour du poids et des conduites de restriction et de purge**. Des traits **dépressifs, anxieux ou obsessionnels** étaient fréquents. Les **relations sociales et les tentatives d'autonomisation** étaient laborieuses.

La troisième modalité évolutive concernait des patients présentant une **symptomatologie anorectique chronique** associé à des **difficultés majeures du fonctionnement relationnel et affectif**.

Finalement

- **Sur le plan comportemental :**

La **moitié des patients présentaient un poids normal** ce qui est tout à fait similaire à ce qui est retrouvé parmi les femmes anorexiques ayant été hospitalisées et évaluées six ans après leur première admission (Kreipe¹). Toutefois, 37% étaient **exempts de toute préoccupation alimentaire et pondérale** ce qui apparaît plus favorable comparé aux femmes. **L'apparition secondaire de conduites purgatives concerne 10% des patients** contre 20% à 30% chez les

¹ Kreipe: "Long term outcome of adolescents with anorexia nervosa" Am. J. of Dis. of Child. , 143, 1322-1327, 1989

femmes (Kreipe). En revanche une plus grande proportion, près de 50%, rapportait une **activité physique excessive persistante**.

▪ **Sur le plan socio-affectif :**

Seul **un tiers** des patients avaient **quitté le domicile parental**, ce qui serait moindre que les résultats retrouvés chez les femmes (Burns [30]). Un tiers était marié lors de l'évaluation et la moitié considérait la sexualité comme une source importante de plaisir et avait un partenaire régulier. Un **tiers n'éprouvait aucun intérêt sexuel et évitait alors les contact sexuels: tous étaient dénutris**. Ces résultats divergent avec ceux retrouvés chez les femmes. Lorsqu'elles n'ont pas d'intérêt pour la sexualité, une proportion significative d'entre elles a toutefois une vie affective et sexuelle. Pour Burns et Crisp, cela témoignerait d'une capacité féminine à accepter une vie de couple pour « *le confort social qu'elle apporte* ». Les hommes, dans ce cas, présentent volontiers une grande timidité et un évitement phobique des relations sociales.

Enfinement, il semble que le retour à un poids normal et à une activité sexuelle régulière soit corrélé à un fonctionnement psychologique et à une adaptation sociale satisfaisante (en terme de vie socio-professionnelle et d'autonomisation), ce qui suggèrerait, selon les auteurs, que ces **deux critères (activité sexuelle et restauration pondérale) seraient de bons indicateurs de l'évolution globale**. (Cela dit, il est possible que les critères de restauration pondérale soient sous-estimés étant donnée la faible proportion de masse grasse chez l'homme).

Plus récemment, Strober [134] en 2006, a évalué 14 sujets masculins et 85 sujets féminins anorexiques âgés de 13 à 17 ans, au début et à la fin de leur prise en charge hospitalière puis à un an. L'ensemble des sujets a bénéficié du même programme de soins (de durée de 3,9 mois) incluant des séances de thérapie individuelle, de groupe et familiale. Tous présentaient des traits symptomatiques de sévérité équivalente tant sur le plan comportemental que des pathologies psychiatriques associées. L'évaluation se fonde sur des **critères pondéraux et comportementaux** ainsi que sur des données subjectives concernant le fonctionnement global. Les résultats, bien que non significatifs, penchent pour **une évolution plus favorable chez le garçon, sur le plan pondéral du moins, avec une appréciation globale de la qualité de vie satisfaisante**.

Lindblad [93] retrouve que 61 hommes ont été hospitalisés pour anorexie mentale pendant leur adolescence, en Suède entre 1987 et 1992. L'intérêt de cette étude est de

déterminer le **nombre d'hospitalisations** pour troubles du comportement alimentaire, abus de substances, tentative de suicide ou tout autres pathologies psychiatriques entre 2000 et 2002, soit **huit à quinze ans après la première admission pour anorexie mentale**. **Un seul sujet masculin (soit 1,5%)** avait bénéficié d'une telle hospitalisation. En revanche, c'était le cas pour **13,2% des femmes** (4,5% pour anorexie et 8,7% pour un autre trouble). Pour l'auteur, ces données iraient dans le sens d'une évolution plus favorable chez l'homme que chez la femme.

La mortalité serait moindre que chez les femmes (Chambry [38]). Jeammet [77] retrouve 7% de décès par suicide ou accident somatique aigu chez 138 femmes et aucun chez huit hommes de son échantillon, sans toutefois, que les résultats soient significatifs. Lindblad [93], à partir du « National Cause of Death Register » suédois, **ne retrouvait aucun décès** sur l'ensemble des 61 garçons ayant été hospitalisés pour anorexie mentale pendant leur adolescence avec un recul maximum de quatorze ans, pour certains sujets.

Ces études plaident pour une évolution plus satisfaisante à court terme et une évolution identique à celle de la jeune fille à long terme du moins sur le plan pondéral, comportemental et psychiatrique.

Pour autant, cette évolution favorable doit probablement être nuancée. Ainsi les résultats sont divergents en fonction des critères utilisés.

Concernant la vie socio-affective, Tolstrup¹ en 1965 notait **l'absence de tout lien conjugal** chez la totalité des onze patients alors que 33% des femmes (127 cas) devenaient mères de famille. Des résultats similaires sont observés par Jeammet [77] chez cinq hommes et 107 femmes évalués en moyenne 11,7 ans après leur première admission. Burns et Crisp [30] retrouvent que 50% de leurs sujets étaient en couple et que ces résultats étaient moindres que ceux retrouvés chez les femmes. Des résultats plus défavorables sont rapportés par Lindblad [87] : seuls **9,8% des sujets masculins vivent en couple ou sont pères (jusqu'à quinze ans après leur première admission)** contre 22,8% des sujets contrôles nés à la même période. Par ailleurs, ils étaient **trois fois plus nombreux à être dépendants financièrement que les femmes**.

¹ Tolstrup: Die Charakteristike der juengern Fälle von Anorexia Nervosa. In Meyer. Anorexia Nervosa, Feldmann. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1965

Concernant le devenir psychologique à long terme, Chambry [38] reste plus réservé quant au devenir psychologique au long cours, puisque, (en ne considérant que les patients présentant au premier plan une problématique narcissique relativement comparable à celle de la jeune fille), la moitié (c'est à dire deux sur quatre) sont entravés dans leur développement par la persistance d'une grande vulnérabilité narcissique. Nous n'avons pu retrouver d'autres études concernant cette modalité évolutive.

Bien que l'on considère généralement (Chambry [37]) que le pronostic serait identique chez les hommes et chez les femmes, il semble qu'il faille nuancer ces résultats. Ainsi, en termes pondéraux et de préoccupations liées au poids, l'évolution semble effectivement relativement favorable. En revanche, sur le plan comportemental, malgré un relatif abandon de la conduite de restriction, persiste très souvent une activité physique excessive. Sur le plan relationnel et sexuel, les tentatives d'autonomisation et d'investissement affectif semblent rester plus laborieuses que chez la femme.

3. Les facteurs pronostiques

Burns et Crisp [30] considèrent comme de mauvais pronostic la **durée de la maladie et l'âge élevé au moment de la prise en charge**. L'**absence d'activité sexuelle prémorbide** (masturbations ou relation sexuelles) était associée à une évolution défavorable et corrélée à une faible restauration pondérale. **Les relations familiales de mauvaise qualité**, marquées par le non-dit ainsi que la dimension alexithymique et la pauvreté des investissements sociaux sont de mauvais pronostic (Burns [30], Chambry [38]). En revanche, Burns [30] ne retrouvait pas de corrélation entre une évolution défavorable et la présence de vomissements ou de boulimies initiales contrairement à ce qui est retrouvé chez la fille. Les capacités à réaménager des investissements extra-familiaux et la capacité familiale à répondre à une thérapie familiale sont évidemment favorables à un meilleur pronostic [30].

Au total, malgré la difficulté de comparer, de façon fiable, filles et garçons étant donné l'inégalité quantitative des séries, l'idée d'une évolution particulièrement défavorable chez l'homme ne semble pas réellement confirmée par les études catamnétiques, qui restent toutefois particulièrement rares. Les résultats divergents résultent le plus souvent de la diversité des critères utilisés. Retenons, la nécessité de prendre en compte la qualité de la vie sexuelle et affective de ces sujets afin d'évaluer au mieux l'évolution de la pathologie. D'une façon générale, le pronostic somatique est probablement plus favorable que chez la jeune femme. En revanche, les difficultés comportementales persistent et se focalisent sur l'hyperactivité physique. L'établissement de relations affectives stables, les tentatives d'autonomisation et l'accession au statut de père restent, semble-t-il laborieux et peu fréquents. Soulignons également, dans les études citées, l'absence d'évolution vers la schizophrénie.

Les éléments d'évolution psychologique a priori plus défavorables témoignent-ils de conflits psychiques sous-jacents plus sévères ?

E. LES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

La question des comorbidités est particulièrement délicate et rend compte de la question de la compréhension du syndrome anorexique.

Considérée comme une entité clinique qui dépasse le cadre de la nosographie catégorielle, l'anorexie mentale ne peut se réduire à une modalité particulière du fonctionnement psychique sur un mode névrotique, psychotique ou pervers. L'approche dimensionnelle transnosographique permet de rendre compte d'une communauté de traits psychopathologiques. Cette perspective rapproche aujourd'hui l'anorexie mentale des pathologies addictives marquées par l'agir, la dépendance et les fragilités du narcissisme. L'approche catégorielle des nouvelles classifications internationales, se fonde, elle, sur les éléments symptomatiques visibles, qui ne présument ni d'une structure ni d'une modalité de fonctionnement psychique particulier.

Cependant, Jeammet [77], dans une perspective psychodynamique, nous rappelle que l'évolution peut-être émaillée de multiples « événements » psychiatriques tels qu'une symptomatologie dépressive ou psychotique. Ainsi, un authentique épisode dépressif peut survenir lorsque les patients abandonnent leur conduite anorexique et se trouvent confronter au vide interne. Par ailleurs, cette évolutivité dépressive peut apparaître comme une capacité nouvelle d'entrer en contact avec son monde interne, ce qui témoigne alors d'un assouplissement des défenses psychiques de pronostic plutôt favorable. Il est alors difficile d'évoquer une vulnérabilité dépressive particulière.

Toutefois, lorsque le comportement alimentaire d'allure anorexique est directement **sous-tendu par un authentique trouble psychiatrique qui s'individualise** parfois progressivement, le syndrome anorexique sera considéré comme secondaire à cette pathologie.

Ainsi, Bruch [20] distinguait parmi les hommes initialement hospitalisés pour trouble du comportement alimentaire deux catégories : ceux dont la forte perte de poids était directement attribuée à une schizophrénie, une dépression ou un état psychiatrique bien défini et ceux présentant une anorexie mentale « primaire ».

1. Conduite alimentaire d'allure anorexique sous-tendue par une pathologie psychiatrique

Woodside et Garner [149] étudient les caractéristiques cliniques de 53 jeunes hommes adressés initialement dans leur service pour « troubles du comportement alimentaire ». Les auteurs ont finalement écarté ce premier diagnostic chez 19 (35%) des sujets admis. Les symptômes ont été requalifiés et les auteurs notaient les diagnostics suivants : troubles affectifs (5,5%), troubles conversifs (5,5%), schizophrénie (3%), troubles phobique (3,7%), trouble de la personnalité (1,8%). En les comparant aux 895 jeunes femmes hospitalisées pendant la même période, seuls 10% présentaient une conduite alimentaire sous-tendue par une pathologie psychiatrique. La répartition diagnostique était plus déséquilibrée avec une nette tendance aux troubles conversifs.

2. Anorexie mentale et comorbidités

La plupart des auteurs pointent la rareté des diagnostics « simples ». Les anorexiques restrictifs purs auraient en moyenne deux comorbidités psychiatriques, les anorexiques-boulimiques quatre, les boulimiques à poids normal trois (Andersen [7]). Striegel-Moore [131] dans une population de vétérans américains retrouvent 92% de sujets ayant un diagnostic comorbide. Toutefois, la population étudiée n'étant pas représentative de la population générale et il est difficile de généraliser les résultats. Strober [134] rapporte, parmi 14 garçons ayant nécessité un soin hospitalier pour anorexie mentale que 50% présentaient au moins un diagnostic prémorbide.

Concernant les troubles du comportement alimentaire en général, une étude de Woodside [147] s'attache à des sujets recrutés dans la population générale. Hommes et femmes partagent des taux de prévalence élevés pour l'ensemble de la pathologie psychiatrique, de façon significativement supérieure à la population générale. Toutefois, de façon concordante à ce qui est décrit dans la population générale, la dépendance à l'alcool actuelle ou passée concernent 45,2% des hommes, deux fois moins de femmes. Celles-ci ont plus volontiers présenté un trouble anxieux ou un épisode dépressif au cours de leur vie.

Plus spécifiquement, l'anorexie mentale est fréquemment associée aux troubles anxieux et aux troubles de l'humeur.

Strober [134] retrouvent une fréquence des **comorbidités de l’Axe I** qui pour la plupart ont **précédé l’apparition de l’anorexie mentale**. Il retrouve une prédominance des **troubles anxieux** (trouble obsessionnel-compulsif (35,7%), phobie sociale (28,6%), anxiété généralisée (35,7%)) qui concernent plus de la moitié des garçons et, ce, de façon comparable aux données féminines. De la même façon, Sharp [128] évoque une prévalence majeure des **troubles obsessionnels** mais aussi des affects dépressifs pouvant toutefois être en lien avec la forte dénutrition des sujets. Andersen [7] rapporte que les troubles thymiques prennent le plus souvent l’aspect d’un trouble bipolaire de type II.

Carlat [33] rapporte un **trouble dépressif** dans 55% des cas, 24% de **troubles de la personnalité**, mais un très faible taux de trouble anxieux.

D’une façon plus spécifique et qui n’est classiquement pas retrouvée chez les filles, est parfois (Andersen [7], Striegel-Moore [131], Woodside [147], Carlat [33]) évoquée la fréquence de **l’abus d’alcool** chez le garçon anorexique. Toutefois, rappelons que l’étude de Striegel-Moore concerne une population bien particulière. Par ailleurs, l’abus de substance semble nettement plus évident chez les boulimiques qui présentent fréquemment des conduites addictives associées telles que l’abus de cocaïne (Carlat [33]). Lorsque la population concernée est effectivement et seulement celles des anorexiques (Carlat [33]), la prévalence est de 14%. Cette plus forte prévalence masculine que féminine semble corrélée à la proportion dans la population générale.

Enfin, les troubles psychiatriques comorbides seraient fréquents mais ne se démarqueraient pas significativement des données concernant la jeune fille. Ils prendraient le plus souvent l’allure d’un trouble anxieux, volontiers un trouble obsessionnel-compulsif, ou une anxiété généralisée. En revanche, il est probable que la fréquence des épisodes dépressifs soit moindre que chez les femmes. La fréquence de l’association avec l’abus d’alcool, souvent évoquée, est toutefois controversée. Les anorexiques masculins se distinguent, toutefois, de façon beaucoup plus évidente, des sujets boulimiques en terme d’abus de substances, nettement plus fréquents chez les seconds.

3. Quels liens entre anorexie mentale masculine et schizophrénie ?

L'esprit des cliniciens a longtemps été imprégné de l'idée que l'anorexie mentale n'existait pas chez l'homme mais qu'elle témoignait d'un processus psychotique et constituait les premiers symptômes d'une schizophrénie. Cette notion paraît se fonder sur quelques observations cliniques isolées où le comportement alimentaire était effectivement sous-tendu par des croyances délirantes autour de la nourriture.

Foulon [59] rappelle plusieurs points essentiels :

- Il est difficile d'identifier l'existence d'une schizophrénie ou de tout autre pathologie psychiatrique chez des patients très dénutris et présentant des troubles cognitifs, une dénutrition importante et des troubles cognitifs.
- **Schizophrènes et anorexiques partagent des symptômes communs** tels des comportements alimentaires pathologiques (le pica, le mérycisme et la potomanie) ainsi que des craintes dysmorphophobiques et des troubles de l'image corporelle.
- **L'anorexie mentale peut être un mode d'entrée dans la schizophrénie.**
- **Les troubles alimentaires sont fréquents chez les schizophrènes** et sont secondaires à la pathologie. Ils sont dépendants d'idées délirantes ou des troubles du comportement, tel le repli autistique.

a) Comorbidité anorexie mentale masculine/schizophrénie

La question de la comorbidité entre anorexie mentale et schizophrénie est d'autant plus délicate que pour la plupart des auteurs américains, **anorexie mentale et schizophrénie s'excluent mutuellement.**

Ainsi, Woodside et Garner [149], selon l'étude que nous avons déjà citée, retrouvaient que parmi 53 jeunes hommes adressés initialement pour troubles du comportement alimentaire, **3% répondaient en fait au diagnostic de schizophrénie et le diagnostic de TCA avait été écarté.** Chez les jeunes femmes, seules 0,1% ont été étiquetées schizophrènes. On ne sait pas si le diagnostic était d'emblée erroné ou si une décompensation schizophrénique est survenue au cours de l'évolution.

Au contraire, Striegel-Moore [131], en considérant que ces deux diagnostics ne s'excluent pas, recense parmi 25 vétérans américains anorexiques, **36% de comorbidités avec la**

schizophrénie mais seulement **10% chez les femmes** de cette population. Rappelons encore la faible représentativité de cette population d'âge moyen de 51 ans...

A l'opposé, concernant les populations de **jeunes adultes hospitalisés pour anorexie mentale, la schizophrénie serait nettement moindre et sa prévalence varierait de 0%** (Sharp [128] et Strober [134]) **à 10%** (Bruch [20] ; Fichter [56]).

b) Anorexie mentale masculine comme mode d'entrée dans la schizophrénie ?

Jeammet [77], rappelle qu'un épisode psychotique survient parfois en lien avec la dénutrition ou lors d'une reprise pondérale rapide et forcée, alors que le sujet n'a pu trouver d'autres modalités défensives permettant de maintenir aussi efficacement que la conduite anorexique la cohésion du Moi (Jeammet [77]). De là, ces accidents ne présument pas d'une structure psychotique.

Malgré, la forte présomption historique d'une évolution vers la psychose, un nombre très restreint d'études s'y est attaché. Nous avons déjà évoqué l'étude de Burns et Crisp [30] qui, **à huit ans, ne retrouvait aucun cas d'évolution vers la psychose.** Des résultats **similaires** étaient retrouvés par Strober [134] **à un an** et par Lindblad [93] **jusqu'à quinze ans** après la première admission pour anorexie mentale.

En revanche, Bruch [20] et Chambry [38] rapportaient chacun un cas (**soit 10% des patients de Bruch et 6% de ceux de Chambry**) de **décompensation schizophrénique** chez des patients ayant initialement répondu au diagnostic d'anorexie mentale. La première rapporte le cas d'un patient (parmi neuf) ayant évolué de la sorte vers 20 ans, après six ans d'une symptomatologie anorexique.

Toutefois, il faut souligner que ces deux patients étaient dès le début des troubles considérés comme **atypiques dès le début de la prise en charge**. Nous avons évoqué la définition qu'en donne Hilde Bruch. Chez Chambry, il s'agissait d'un patient ayant présenté pendant l'enfance des **signes de souffrance psychique précoce et des troubles graves du développement évoquant des processus psychotiques**. Pour les deux auteurs, l'ensemble des patients qui présentaient **des fragilités narcissiques majeures n'ont, à aucun moment de leur évolution, présenté d'éléments psychotiques**.

c) **Anorexie mentale masculine et structure psychotique de la personnalité**

En revanche, et nous citerons cet auteur, Chambry [38] rapportent parmi seize patients que treize d'entre eux, avaient présenté dans leur enfance des troubles graves du développement précoce, évoquant des processus psychotiques soit sous forme de psychose symbiotique soit sous forme de dysharmonie évolutive. A l'adolescence, trois d'entre eux présentent une dysharmonie psychotique avec des éléments déficitaires et des troubles du comportement alimentaire « *qu'il est difficile de rattacher à une anorexie mentale classique* ». Les autres ont évolué, soit vers la schizophrénie soit vers des conduites addictives envahissantes. Au contraire, Foulon [59] évaluant (à l'aide du MMPI et du Rorschach) des patients masculins souffrant de troubles du comportement alimentaire **un taux de schizophrénie très faible au profit de pathologies de type narcissique.**

Enfin, il semble difficile de conclure. Toutefois quelques points peuvent être soulignés :

- **La comorbidité anorexie mentale masculine/schizophrénie**, en considérant que les deux diagnostics ne s'excluent pas, semble rare et serait évalué **entre 0 et 10%** (ce dernier pourcentage résulte d'un échantillon particulièrement restreint de dix patients et n'est probablement pas significatif).
- **L'évolution à long terme de l'anorexie mentale vers la schizophrénie ne semble pas confirmée par les études catamnestiques.** Lorsqu'elle existe, elle semble survenir chez des patients présentant des troubles alimentaires sous-tendus par de graves troubles de la personnalité du registre psychotique. En revanche, les sujets ayant présenté une anorexie « typique » dans le sens d'un trouble identitaire sur fond de pathologie narcissique n'ont pas évolué de la sorte.
- **Seul Chambry [38] souligne la fréquence des organisations et des processus psychotiques** chez les sujets présentant un syndrome d'anorexie mentale, que l'on peut toutefois difficilement rattacher à une « anorexie classique ».

- Soulignons dans ce sens, les résultats de Woodside [149]. Ils suggèrent que **la schizophrénie chez l'homme pourrait prendre, plus volontiers que chez la jeune femme, une allure de troubles du comportement alimentaire** et être confondue avec eux.

Enfin, il semble relativement acquis parmi l'ensemble des auteurs que l'anorexie mentale masculine n'est pas liée à la schizophrénie (Chambry [37]).

F. DES SPECIFICITES PSYCHOPATHOLOGIQUES?

Les tentatives de compréhension des enjeux de la conduite anorexique masculine ont été bien peu développées. Il est en tout cas surprenant d'observer qu'une sex-ratio si déséquilibrée puisse traduire une telle uniformité de la maladie, tant sur le plan comportemental qu'évolutif, entre garçons et filles. Globalement, seule la recherche consciente de la muscularité et le souci de se rapprocher au plus près d'un idéal masculin athlétique et musclé témoignent d'une différence spécifique des sujets masculins.

La question est toutefois de savoir si cette relative abrasion des différences sémiologiques recouvre des situations psychopathologiques comparables.

Rappelons que l'anorexie mentale masculine apparaît à l'adolescence, et il est possible de considérer qu'elle s'inscrit étroitement dans les processus en cours à cet âge de la vie. Nous décrirons plus précisément ces processus, mais soulignons déjà que les **transformations/pubertaires (biologiques, somatiques et psychiques)** vont confronter l'adolescent à sa **sexualité naissante**. Le travail psychique de l'adolescence nécessite **d'élaborer la séparation d'avec les objets infantiles, internes et externes, nouvellement sexualisés**. L'adolescent doit **renoncer à la toute-puissance** et à la bisexualité psychique infantiles, ce qui le confronte au **sentiment d'incomplétude**. Il s'agit d'asseoir son **sentiment adulte d'identité par le jeu des identifications, à travers les mouvements dialectiques des investissements narcissiques et objectaux**. L'adolescence vient alors réactualiser les expériences et les processus du développement les plus précoces.

Nous axerons alors notre réflexion selon trois points qui paraissent primordiaux dans la tentative de compréhension des enjeux de l'anorexie masculine. La question de **l'orientation sexuelle** a été particulièrement discutée avec des résultats controversés. Toutefois, l'intérêt qui lui est accordé semble témoigner plus profondément de la **question identitaire et notamment de la question de l'identité sexuelle**, qui inscrit la dynamique identificatoire au premier plan de la problématique anorexique masculine. Cette question s'articule étroitement avec celle de la **constellation familiale** et des relations qu'entretient le sujet avec chacun de ses parents.

Enfin, au-delà de ce qui pourrait distinguer garçons et filles, il semble que se pose dans les deux cas la question centrale de l'anorexie mentale : celle de l'identité et des assises narcissiques.

1. La constellation familiale

Précisons que les données de la littérature concernant la famille des anorexiques masculins sont rares. Sous l'angle psychodynamique, les articles concernant la dynamique familiale sont isolés et pour la plupart déjà anciens. Pourtant, bien que se fondant sur des observations cliniques ponctuelles, certains traits sont rapportés d'une façon récurrente.

Ainsi, les auteurs, insistent sur l'intensité de la relation mère-fils et la fragilité de la figure paternelle comme modèle identificatoire.

a) Réaménagements familiaux face aux symptômes

Sur le plan diagnostique, les réactions de l'entourage vis-à-vis du symptôme doivent être prises en compte (Venisse [140]). Quelque soit la dynamique familiale initiale, le symptôme alimentaire entraîne une réorganisation familiale de par l'inquiétude parentale qu'il mobilise et structure de façon particulière les relations. Chez la jeune fille, il existe classiquement un réaménagement des relations familiales autour du symptôme alimentaire, longtemps dénié, finalement objet de conflit entre la patiente et son entourage.

Chez neuf anorexiques masculins, Albert [3] souligne que les attitudes adoptées par les parents face à la maladie paraissent plus stéréotypées que dans les cas féminins. Il évoque ainsi le « *surinvestissement* » anxieux par les deux parents des symptômes physiques alors que le comportement de restriction alimentaire est longtemps occulté. « *Les parents font preuve au début de la maladie de leur fils d'un acharnement à médicaliser* ». Rappelons toutefois, que les observations de l'auteur datent de 1984, époque où l'anorexie masculine est mal identifiée : la tentation d'éliminer une étiologie organique par une multitude d'examen complémentaires plus ou moins invasifs est sollicitée par les parents et confirmée par les cliniciens (comme le « reconnaît » Albert).

L'auteur pointe également qu'au cours de l'hospitalisation **il existe « une absence de passage à l'acte, l'observation stricte des règles de l'isolement »** voire **« une confiance illimitée dans les médecins qui va de pair avec un abandon inavouable de l'adolescent dont [l'institution] est chargée d'élevage. »** Cela traduirait, selon lui, une ambivalence plus grande vis-à-vis de l'enfant malade. Nous avons souligné cette dimension dans le cas de Paul. Le jeune homme comme ses parents semblaient s'en remettre à nous pour assurer totalement son intégrité. Nous avons également noté lors de l'hospitalisation cette conformité aux règles du cadre par les parents qui ne se manifestaient que lorsque cela était « permis ».

« Les difficultés d'adaptation du Moi des parents sont particulièrement nettes avec l'adolescent anorexique vis-à-vis duquel chacun des parents a une position extrême. Le père s'est maintenu ou a été maintenu dans une attitude lointaine alors que la mère, collée à son fils, répond à sa demande par des conduites opératoires sans pouvoir s'interroger sur la réalité de ses besoins. » (Albert [3]).

b) Relations entre le fils et ses parents

De la même façon que dans les observations féminines, la famille du patient anorexique *« n'a guère de spécificité et apparaît stable »* (Bruch [25] et Romeo¹ [42]). Toutefois, l'observation plus approfondie semble mettre en évidence un certain type de fonctionnement prévalent.

Fichter et Daser [56] soulignaient **une relation « proche et intime » entre les fils et leurs mère à dimension « symbiotique » en l'absence d'une figure paternelle forte.**

Albert [3] décrit des modalités relationnelles où **le fils tend à remplir « diverses fonctions [...] qui n'incombent pas habituellement à un fils »**. Le premier rôle de cet adolescent serait de *« permettre à sa mère de maintenir sur un plan imaginaire la relation qu'elle entretenait avec un de ses parents »* voire de *« l'idéaliser »*. **L'identification du sujet à un proche décédé**, occupant une place privilégiée pour un des parents se retrouve également chez la jeune fille et a été souligné par Jeammet. Un deuxième rôle était d' *« assurer la réparation d'une blessure narcissique lors des difficultés d'élevage d'un autre enfant de la fratrie »*, difficultés notamment liées à l'alimentation. Une troisième fonction est celle *« d'être l'image en miroir de leur mère et de leur permettre de nier leur*

¹ Romeo : Adolescent boys and anorexia nervosa, Adolescence, 1994, 29, 115: 643-647

castration », ou « *sa compagne fidèle qui la suit dans ses activités ménagères et culinaires* ». Enfin, une dernière fonction est d'être « *le deuxième époux de la mère, du fait de l'inconsistance du lien entre les parents* » entraînant une « **oedipification du rapport mère/fils** ». Souvent les pères évoquent, « *non sans une certaine fascination* » la relation du fils et leur femme comme une « *véritable relation de couple, ce dont ils n'ont jamais été capables* ».

Dans tous les cas, au-delà de l'apparente « oedipification », **le lien qui unit la mère et son fils est teinté d'une dimension narcissique prévalente**. Chambry [38] qualifie l'enfant de « *double consolateur, représentant d'une figure maternelle, qui ne saurait être différencié d'elle.* »

Au sein de cette dyade mère-enfant, la place du père et sa fonction tierce différenciatrice sont fragilisées.

Albert décrit un père « *indulgent et lointain* » qui voit dans les symptômes de son fils « *une protestation contre le système matriarcal en vigueur* ». Orgiazzi [111] insiste sur l'« *effacement* » voire la « *dévirilisation* » des pères qui « *laissent la mère occuper le devant de la scène et envahir la place du fils* ». La relation à leur fils « *n'est jamais à bonne distance, trop près ou trop loin, n'assumant pas un rôle de surmoi paternel étayant et protecteur* ». Frasciello [60] rapporte des relations père-fils « *pauvres* » où le père est souvent « *distant* » quand la mère est « *hyper-protectrice* » et investie dans une relation de dépendance réciproque à son fils.

Bochereau [15], et Maazi [113] confirment que **chez la jeune fille** le « *père maternisé* », à l'identité « *mal assurée, du fait notamment de ses identifications féminines prévalentes* » (Bochereau [15]), **ne constitue pas une fonction tierce différenciatrice** garante d'une forme de renoncement et de castration. La fragilisation de la place du père laisse **la fille dans la dépendance à la mère**, « *dans l'indifférence des sexes et des générations* ». Corcos [44] suggère que **l'emprise narcissique transgénérationnelle** dans la lignée maternelle est **de l'ordre de l'incestuel** (Racamier¹).

¹ Racamier: L'inceste et l'incestuel. Paris: Editions du Collège; 1995

Enfin, est décrit un fonctionnement familial sur « un mode matriarcal », avec une relation d'interdépendance entre la mère et le fils anorexique (Albert [3]). Elle est colorée par une dimension incestuelle où prédomine plus qu'un lien oedipien, une dimension narcissique.

c) Les parents comme modèle identificatoires

Déjà en 1983, Basquin [12] soulignait, à partir de 3 observations de garçons anorexiques, « *les perturbations des images d'identification proposées par les parents, comme si ceux-ci présentaient également une identité sexuelle incertaine* ».

Les auteurs pointent la fragilité du père comme figure identificatoire. Dans leur fonction de porte-parole, les pères attribuent à leur fils malade des « *interrogations anxieuses sur la sexualité* » avant même que celui-ci soit capable d'exprimer ses difficultés d'identité sexuelle (Albert [3]). Cela témoigne, pour l'auteur, de mécanismes projectifs de la part de ces pères qui se défendent d' « *une identité sexuelle mal assurée* » en même temps que cela peut manifester « *une complicité retrouvée avec leur adolescent* » (Albert [3]). Fichter et Daser [56] soulignent l'absence réelle des pères dans neuf cas sur vingt-neuf, de par une séparation conjugale ou suite à un décès. Dans plusieurs cas, le père était « *admiré* » et idéalisé mais « *de façon distante et ne constituait pas un modèle masculin d'identification : il jouait un rôle périphérique dans la famille et faisait preuve de peu d'autorité* ». Fichter suggère que **la mère semble être le modèle identificatoire prévalent**. Frasciello [60] souligne que le père se soumet à des modèles culturels de masculinité (notamment une hyper-indulgence vis-à-vis de l'alcool) et qu'il ne réussit pas à tenir son rôle de figure identificatoire si bien qu'il existe **une tendance à l'hyper-identification à la mère**. Basquin [12] notent chez ses patients des **images d'identification masculine « anxieuses »,** soit que les images proposées « *sont celles d'hommes morts mais trop vivants dans le souvenir familial* », soit que la relation au père est teintée d'une dimension de séduction homosexuelle. Chambry [38] souligne également les difficultés pour le père d'assurer une fonction tierce différenciatrice et les difficultés par rapport à ses propres repères identificatoires.

Enfin, les auteurs décrivent une opposition entre une mère « *hyper-protectrice* » [68], « *autoritaire et intrusive et un père indulgent et lointain* » (Albert [3]).

Soulignons chez Julien la place particulière de son père que le jeune homme perçoit comme « *fragile* » et dont il interroge la fonction de figure identificatoire, à travers des interrogations un peu plaquées et répétitives sur sa propre capacité à « *protéger une famille* ». Le « *père maternisé* » apparaît aussi, lorsqu'il tente de deviner les désirs de son fils et lui prépare en espérant le combler « *pains au chocolat* » et « *viennoiseries* ».

Par ailleurs, les adolescents semblent s'être **exclus du « *sous-système familial représenté par la fratrie* »**. Les frères et sœurs sont vus comme des « *rivaux* » auprès des parents (Albert [3]). « *Ils dénie au couple parental toute réalité et tout pouvoir, en se posant comme partenaire de l'un des deux et en se plaçant sur un pied d'égalité avec l'autre* ».

Pour Orgiazzi [111], cette problématique de la « *bonne distance* » est à mettre en relation avec la place d'aîné qu'occupent souvent ces garçons (du moins les cinq de son échantillon) qui se trouvent alors dans « *un lien particulièrement fort à l'objet maternel primaire* ». Cette place d'aîné « *sollicite d'autant plus la médiation paternelle, vis-à-vis de cette dépendance au premier objet d'amour* ». « *Il semble que ces parents aient des difficultés à se positionner dans des rôles parentaux différenciés et organisateurs, garants d'une position identificatoire masculine bien intégrée psychiquement* ».

Classiquement, le père, en difficulté par rapport à ses propres repères identificatoires, est fragilisé dans sa fonction tierce séparatrice et dans sa capacité à constituer une figure identificatoire. Le modèle d'identification prévalente est finalement la mère. Le lien de dépendance narcissique qui l'unit à son fils et les fantasmes de « double », témoigne peut-être de cette « loi de continuité » qui paraît pouvoir aussi s'appliquer aux familles d'anorexiques masculins.

2. La question de l'identité sexuelle

a) **La question prévalente de l'orientation sexuelle**

Il est frappant de constater que la littérature concernant l'anorexie masculine s'est très vite attachée à la question de la sexualité. Toutefois, en 1990, Herzog [74] soulignait que les études sur la sexualité des hommes atteints de TCA étaient « *théoriques ou anecdotiques* ». Hors la petite taille des échantillons, la pauvreté des études peut refléter la difficulté à étudier cette topique dans la population adolescente, lorsque les identités sexuelles ne sont pas encore consolidées, et les choix d'objets sexuels non encore stabilisés.

Nous ne reviendrons pas sur la question de l'« activité sexuelle », en terme d'« intérêt » et de « relations » déjà évoquée plus haut. Rappelons que l'absence de sexualité est considérée comme plus manifeste que chez les femmes, même si ces données peuvent être l'objet de discussion.

Toutefois, la question d'une orientation homosexuelle est rapidement apparue, et ce, chez les premiers « observateurs » du trouble. Ainsi, Dally en 1969 (cité par Herzog [74]) retrouve des « *tendances homosexuelles* » chez deux de ses quatre patients, Hasan et Tibetts, en 1977 (cité par Herzog [74]), chez un de leurs six patients. Les études qui suivront, s'appuyant sur ces premières observations, tenteront de confirmer ces premières « intuitions », avec des résultats toutefois controversés.

Herzog et coll. [73], en 1984, concluent que les homosexuels sont surreprésentés dans la population des hommes présentant des troubles du comportement alimentaire, puisque sept de ses 27 patients « *rapportent être homosexuels* ». L'auteur souligne que ces résultats sont nettement supérieurs aux 4% des jeunes filles de son service qui s'identifient comme tel. Il semble que les auteurs se fondent sur les données d'entretiens cliniques où est directement interrogée l'orientation sexuelle des sujets.

Fichter et Daser [56] en 1987 étudient l'« identité sexuelle et le développement psychosexuel » de 42 anorexiques. 80% n'avaient jamais eu de « *relations sincères avec une fille* » et 75% « *rapportaient une très haut degré d'anxiété et de dégoût concernant les relations sexuelles avec une femme. En plus d'une timidité et d'un manque de confiance vis-à-vis des femmes, ils craignaient d'être trop proches ou d'être piégés par une femme.* » Parmi les anorexiques « *typiques* », **25% avaient eu des expériences homosexuelles et la majorité**

« *admettaient des tendances homosexuelles* ». D'autre part, parmi 7 sujets « *atypiques* », deux vivaient avec un homme. Un autre avait été diagnostiqué transsexuel (il était également diagnostiqué hébéphrène...). Il faut souligner que ces patients atypiques étaient considérés comme tels car le début des troubles était tardif ou qu'il existait un diagnostic comorbide de... schizophrénie.

Ces résultats, pourtant repris par nombre d'auteurs par la suite, doivent très probablement **être interprétés avec prudence**. D'une part, l'auteur fait référence à des « *tendances homosexuelles* » qui ne sont toutefois pas clairement explicitées (craintes, fantasmes, sentiment amoureux ?). Nous savons **délicate et difficile d'interprétation la question de l'homosexualité à l'adolescence**, qu'elle soit agie ou fantasmée (Marcelli [99]). Soulignons que les sujets ont en moyenne 20,7 ans lors de l'évaluation, qu'ils sont particulièrement dénutris et qu'ils avaient 16 ans lors de l'écllosion du trouble. Par ailleurs, les auteurs rapportent que 55% des sujets considèrent l'homosexualité comme « *acceptable* » quand 25% « *répudiaient l'homosexualité en général* ». Quel est l'intérêt de telles données ? Qu'est-il possible d'en conclure ? Il faut, de plus, préciser les conditions d'évaluation de cette étude. En effet, l'ensemble des résultats se fondent sur des réponses à des « *questions standards* » (fermées, ouvertes ?) posées par un clinicien lors d'un « *entretien intensif d'environ une heure et demie* ». L'objectif de cet entretien est d'évaluer l'orientation sexuelle des sujets alors même que l'évaluateur cherche à mettre à l'épreuve (à confirmer ?) l'hypothèse de « *troubles* » de l'orientation sexuelle chez les hommes anorexiques.

Woodside [149], en 1990, réexamine ces données. Il semble que les résultats se fondent sur les **déclarations des patients lors d'un entretien**. Ils ont l'intérêt de comparer des sujets masculins et féminins selon les mêmes méthodes d'évaluation. Il ne retrouve **aucune orientation homosexuelle parmi 5 hommes anorexiques**, alors que 4,4% des 68 femmes s'identifient comme homosexuels. **Cinq des treize hommes boulimiques se disaient homosexuels ou bisexuels**, contre seulement 4% des femmes. De par le très petit nombre de sujets masculins, ces résultats sont difficiles d'interprétation.

Olivardia et Pope [108], en 1995, parmi 25 sujets TCA recrutés parmi la population générale ne retrouve **pas de prévalence significative de l'homosexualité**.

Carlat [33] en 1997 publie une étude rétrospective de 135 sujets masculins suivis médicalement pour des troubles du comportement alimentaires. **L'orientation sexuelle est**

directement interrogée par les évaluateurs. Les anorexiques sont, dans **58% des cas** « asexuels » (dans le sens d'une perte d'intérêt pour la sexualité depuis au moins un an) et les **boulimiques s'identifient plus volontiers comme homosexuels (42% des cas).** Toutefois, **certains anorexiques rapportent des préférences sexuelles « prémorbides » dans le sens d'une homosexualité.** Finalement 27% de l'ensemble des sujets présentant un trouble du comportement alimentaire se disent homo- ou bisexuels. Les résultats de ce travail, pourtant hétérogènes et fonction du trouble alimentaire en cause, amènent Carlat à considérer que *« sans aucun doute, la caractéristique la plus frappante concerne l'orientation sexuelle. [...] L'homosexualité aggrave probablement l'évolution du trouble du comportement alimentaire conduisant à une surreprésentation dans les services de soins ».*

Toutefois, la majorité des auteurs souligne qu'il existe probablement **un biais de sélection.** En effet, les études suggérant une telle prédominance concernent des sujets suivis médicalement. L'étude d'Olivardia [108] s'attachant à des sujets recrutés dans la population étudiante et non suivis ne retrouvent pas les mêmes résultats. Il s'agirait alors **d'une capacité des hommes homosexuels à demander de l'aide pour une maladie communément féminine.** Herzog [74] rappelle ainsi que parmi les hommes suivis dans son service pour troubles du comportement alimentaire, 67% des homosexuels avaient consulté de leur propre initiative contre seulement 29% des hétérosexuels.

De façon controversée, certains auteurs (Crisp, 1972 et Dally, 1969 ; tous deux cités par Chambry [38]) ont rapporté qu'une **interrogation sur une possible homosexualité** ou une **culpabilité vis-à-vis de relations homo-érotiques** précédaient l'installation du trouble dans près de 50% des cas. De là, Crisp a suggéré que le conflit homosexuel chez le garçon pouvait jouer un rôle comparable au conflit hétérosexuel chez la fille : *« en réduisant leurs pulsions sexuelles via le jeûne les patients trouveraient temporairement un apaisement du conflit ».* Toutefois, ces **résultats ont été contestés par l'étude de Thompson en 1996** (cité par Chambry [38]). Dans tous les cas, ces craintes sont loin d'être spécifiques et surviennent de façon très communes à l'adolescence, sans déboucher sur une formation symptomatique. Marcelli [100] rappelle toutefois que *« sous-jacent à cette question de l'homosexualité, il y a toujours une incertitude identificatoire notable ».* Quelque soit la réalité statistique de ces résultats, on peut remarquer que ces préoccupations sembleraient les avoir suffisamment inquiétés et fragilisés pour qu'ils en soulignent l'importance quelques années plus tard. Cela

interroge alors effectivement sur la **qualité et la solidité de l'identité et des identifications sexuelle de ces jeunes hommes.**

La question de l'orientation sexuelle chez les hommes anorexiques reste donc controversée. D'une part, les résultats, quels qu'ils soient, restent difficilement interprétables de par la **faible puissance des échantillons**. D'autre part, nous nous interrogeons sur la **validité de tels résultats** et nous l'avons plus précisément explicité concernant l'étude de Fichter [56]. La notion de « *tendances homosexuelles* » est pour le moins floue et met probablement en jeu la subjectivité (en d'autres termes **les mouvements contre-transférentiels**) de l'évaluateur (lui-même de sexe masculin dans la totalité des études citées). Retrouve-t-on là les notions historiques de déni sous une autre forme ? Dans le cas de données déclaratives, la fréquence peut être aussi bien sous-évaluée que surévaluée. Le patient peut-il confier aisément qu'il se sent homosexuel ? Au contraire, que sous-tend pour lui la notion d'homosexualité ? Parle-t-il de fantasmes, de craintes, d'expériences vécues ou souhaitées ?

Est-il, par ailleurs possible de conclure à une orientation sexuelle prévalente chez des sujets adolescents? **A cet âge, les fantasmes, conduites ou passage à l'acte homosexuels ne sont pas synonymes de véritables choix d'objet homosexuel, de la même façon que leur absence ne témoigne pas d'une orientation hétéro-sexuelle stable et définie.**

Marcelli [99] rappelle que lorsqu'on parle d'homosexualité, il convient de distinguer « *la construction des identifications, les fantasmes ou fantaisies homosexuelles, les craintes conscientes de l'homosexualité, les jeux et attouchements avec des pairs du même sexe, les relations homosexuelles intermittentes et la pratique homosexuelle exclusive.* » Selon l'auteur, les craintes ou **les pensées homosexuelles** « *témoignent de l'intensité du lien oedipien inversé et du besoin de s'en dégager par un étayage sur l'ami ou le groupe* ». **Les fantasmes ou fantaisies traduisent** « *le travail psychique d'élaboration identitaire, de reconnaissance et d'intégration de l'image sexuée de son propre corps mais aussi de reconnaissance et d'acceptation de l'autre sexe comme complémentaire du sien.* »

Selon Lebovici¹, « on doit réserver le terme d'homosexualité pour des adolescents qui s'adonnent à des pratiques homo-érotiques avec un goût exclusif et d'une façon répétée ». Marcelli rappelle que pour Freud, les manifestations homosexuelles de l'adolescence sont

¹ LEOVICI S., KREISLER L. : L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent, Psychiatrie de l'Enfant, 1965, 8 : 57- 134

normales : « *elles sont des récurrences des liens objectaux prégénitaux indifférenciés qui redeviennent actifs au cours de la préadolescence, en même temps que d'autres attitudes prégénitales et oedipiennes. Le choix d'objet sexuel est dû à la régression de l'investissement d'objet vers l'amour pour sa propre personne et l'identification à l'objet* ». **Les manifestations homosexuelles de la première adolescence sont des phénomènes d'ordre narcissique.**

Cela dit, dans les études d'Herzog [73] et de Woodside [149], les patients ont respectivement 23 et 30 ans. Dans l'étude de Carlat [33], l'âge au moment de l'évaluation n'est pas explicité mais il semble que les anorexiques aient au moins 20 ans et les boulimiques au moins 28 ans. La question d'une orientation sexuelle stable paraît alors plus pertinente. Toutefois, il apparaît surtout une « tendance » à s'identifier comme homosexuels plus manifeste chez les boulimiques que chez les anorexiques (Herzog ne distinguant pas les deux sous-groupes diagnostiques).

Il faut donc probablement se garder de conclusions hâtives. Mais, en dehors même de la réalité d'une orientation sexuelle prévalente, ce qui distingue hommes et femmes anorexiques, c'est la remarquable attention portée à la sexualité et à l'orientation sexuelle des sujets masculins.

b) L'identité sexuelle en question

(1) Les fondements de l'identité sexuelle

L'identité sexuelle, **partie intégrante et fondamentale de l'identité du Moi**, est appelée « *identité de genre qui rend compte du sexe psychique, différent du sexe biologique qui se manifeste à la puberté par l'apparition des caractères sexuels secondaires* ». « *Il s'agit de s'identifier de façon permanente dans ses objectifs, dans ses ambitions, dans sa sexualité et dans ses rapports à l'autre sexe, à la fois sur le plan collectif et social.* » (Marcelli [99]). Chez le garçon, il s'agit d'une identification masculine prépondérante, le contraire chez la fille.

Cette identité sexuelle se construit progressivement au cours de l'enfance et de l'adolescence. A cette période, ce travail est intimement lié à la **réactivation du complexe d'Œdipe sous le primat du génital** entraînant **la réapparition de l'angoisse de castration**. La castration oedipienne diffère de la castration phallique en ce sens qu'elle est moins narcissique et plus objecto-centrée. Ce cheminement aboutira à ce que la castration prenne son **sens symbolique : celui de la finitude du sujet et de la complémentarité de l'autre**. C'est le **renoncement à la toute-puissance infantile** qui passe par la reconnaissance du couple opposé féminin/ masculin¹.

Ce cheminement se fait selon un « *entrecroisement d'une ligne dite narcissique, où domine la question de la représentation pour le sujet de ce qu'est le sexe dans son corps et d'une ligne objectale où domine la dimension relationnelle* » (Marcelli [99])

Dans le prolongement de l'affirmation phallique/ narcissique de l'enfance, réactivée à l'adolescence, le sujet reconnaît son propre sexe comme témoin de son identité sexuée. Cette phase précède pour le garçon et fait suite pour la fille à la **reconnaissance de la différence anatomique des sexes qui correspond à l'acceptation de l'épreuve de réalité**, celle de la différence anatomique de l'autre. Là s'était arrêtée la constatation de l'enfant.

Ce qui avait mobilisé la curiosité psychique et l'angoisse de castration à l'époque prend une autre dimension à l'adolescence. Cela devient maintenant un éprouvé corporel qui peut être source d'angoisse. C'est alors la phase **d'acceptation de la castration symbolique**, c'est-à-dire de la **reconnaissance de l'incomplétude**. L'adolescent doit renoncer au sentiment d'omnipotence. L'accession à la génitalité peut donc être ressentie comme une perte relative. Survient ensuite la **phase de reconnaissance de la complémentarité des sexes** : « *l'autre est pourvu de ce qui me manque* » (Marcelli [99]). Alors que l'adolescent voudrait affirmer sa totale indépendance, la pulsionnalité sexuelle le confronte au besoin de l'objet complémentaire, de « *l'autre porteur de cet objet ensuite* ». « *Il s'agit ici d'accepter la finitude humaine et le besoin relationnel auquel nul ne peut échapper.* » [99] La réalisation sexuelle survient ensuite alors que l'adolescent est confronté à ses fantaisies sexuelles à travers la scène imaginaire de l'accouplement.

Une seconde ligne de réaménagement qui s'inscrit dans la dimension objectale doit s'opérer : celle où l'individu doit réélaborer sa relation à l'autre à partir de la nouveauté de sa

¹ Jusqu'alors l'enfant reconnaissait la différence des sexes, dans sa dimension anatomique uniquement, selon le couple phallique/châtré [Freud : trois essais sur la théorie de la sexualité. Gallimard, Paris, 1962]

position oedipienne post-pubertaire. Le « pubertaire »¹, équivalent psychique de ce qu'est la puberté pour le corps, excite l'adolescent et le contraint à un travail relationnel source des identifications sexuées.

Ainsi, la **réactivation du complexe d'Œdipe** pousse l'adolescent vers son **objet incestueux, le parent de l'autre sexe, mais le confronte à la menace incestueuse**. Cela l'amène à se rapprocher de « **son objet oedipien indirect** », le **parent du même sexe que lui, pour se protéger de la menace incestueuse et, ce faisant, il y trouve des bénéfices identificatoires**. Mais ce mouvement le confronte à **la menace de confusion identitaire**. L'adolescent s'éloigne alors de son objet oedipien indirect « *pour ne pas s'y confondre* ». Il va tenter de trouver auprès de ses pairs, surtout ceux du même sexe, « *les étayages nécessaires marqués par la barrière des générations mais qui éveille le risque d'homosexualité par delà l'homophilie, le plaisir d'être tous ensemble, tous semblables* ». La découverte de l'objet d'amour inscrit alors l'adolescent dans la relation à un autre différent de soi, tant au niveau de la différence des sexes que de **la radicale altérité d'autrui qui le confronte inévitablement au sentiment de solitude**.

Marcelli [99] rappelle que ce travail d'assise de l'identité sexuelle adulte nécessite une ré-élaboration des relations aux objets oedipiens et « *sollicite aussi les fondements de l'identité primaire, assise du narcissisme* ». L'excitation créée par la puberté et le « pubertaire » sollicite intensément la vie fantasmatique et menace le sujet de débordement. Cette excitation peut avoir valeur traumatique par la dimension « *incontrôlable* » qu'elle peut prendre et « *les éprouvés corporels et sensoriels peuvent devenir des quasi-persécuteurs* ».

(2) L'identité sexuelle chez les hommes anorexiques

Plusieurs éléments en faveur d'une fragilité de l'identité sexuelle ont été rapportés.

Selon Chambry [38], l'amaigrissement efface les différences entre les sexes et « *contribue à entretenir une indistinction quant à l'identité sexuelle* ». Chez les filles il existe un gommage des signes « visibles » de féminité (seins, fesses et règles), au point qu'« *il est plus facile de considérer que les filles ressemblent aux garçons que l'inverse* » (Chambry [38]). Toutefois, les auteurs soulignent fréquemment chez les garçons un visage

¹ Gutton : Le pubertaire, ses sources, son devenir. In : Adolescence et psychanalyse : une histoire. M. Perret-Catipovic, F. Ladame, Delachaux et Nistlé ed., Paris, 1997, 193-212

« *fin* » (Schmidt [125]) ou « *harmonieux et délicat* » (Rouam [123]), « *des traits à l'aspect juvénile* » (Alliez [4]). Les qualificatifs utilisés sont volontiers du registre sémantique traditionnellement féminin. L'apparence physique générale « *fait un instant hésiter sur [l'] appartenance au sexe masculin* » (Schmidt [125]). Finalement, il existe un « *aspect physique ambigu* » (Rouam [123]). Par ailleurs, Chambry [38] souligne que « *lorsque les garçons reprennent du poids, leur allure tend à se féminiser et c'est alors que fréquemment se pose la question d'un trouble de l'identité sexuelle.* »

Hasan et Tibetts¹ notent chez leurs patients un **manque notable** « *d'auto-affirmation de leur masculinité* » ou d'« *identification à d'autres hommes* ». Pour ces auteurs, il existe « *une peur de la virilité* » et « *une peur du rôle à jouer par rapport à l'autre sexe* » (Chambry [38]) qui constituent une caractéristique particulière de l'anorexie mentale chez l'homme.

Dans l'étude de Fichter et Daser [56], les patients révèlent **qu'ils se considèrent et pensent être considérés par les autres comme plus féminins que les autres garçons** dans leur comportement et leurs attitudes. La majorité (63%) disent qu'enfant, ils préféraient les jeux mettant en scène un rôle féminin (faire la cuisine, de la couture, jouer à la poupée) aux jeux traditionnellement préférés des garçons. Un quart soutient qu'il aurait « *préféré être une fille* ». Les patients se décrivent comme « *tristes* », « *doux* » et « *sujet à la culpabilité* »² ce qui les rend plus proches de la sensibilité, de l'expression émotionnelle et de l'humeur de leur mère que de celles de leur père. Fichter conclue de ces observations que **la mère semble être le modèle identificatoire prévalent**. Par ailleurs, 80% étaient particulièrement investit dans des activités tendant à augmenter leur musculature et 75% avaient **modèle des figures « hautement » masculines**. Cet **investissement du physique « hyper-masculin » tiendrait lieu de contre-investissements défensifs d'une identification féminine prévalente**. Basquin [13] note chez ses trois patients un « *certain appel à la féminité, caricatural chez l'un d'entre eux* ».

¹ Hasan and Tibetts: Primary anorexia in males. Postgraduate Medicine Journal, 1977, 53, 146-151

² Selon, les réponses données au « semantic test design », consistant à coter sur une échelle de 1 à 6 l'intensité de traits de caractère et de personnalité, à la fois les concernant, mais aussi concernant leurs pères et leurs mères.

3. Tentatives d'articulation à travers la notion d'« homosexualité primaire »

Les résultats de l'étude d'Orgiazzi et coll. [111] nous semblent apporter un éclairage particulier qui permet peut-être **d'articuler la question de l'homosexualité, de l'identité sexuelle et des identifications à travers la mise en lumière de la dimension narcissique de l'homosexualité qui reste avant tout du registre inconscient.**

Dans une perspective psychanalytique, Orgiazzi et coll. [111] tentent d'analyser le fonctionnement psychique de cinq garçons anorexiques de douze ans pour lesquels sont recueillis les protocoles TAT et Rorschach. Leurs résultats penchent pour un lien entre anorexie mentale masculine et positions homosexuelles inconscientes. Le matériel projectif fait apparaître plusieurs points :

- Une intériorisation de l'image corporelle de mauvaise qualité où le **corps est investi de façon totale « aux dépens du pénis »** avec une « *grande difficulté à établir des frontières stables entre le dedans et le dehors.* » Nous verrons que cette modalité d'investissement corporel et la problématique de l'intériorité/extériorité sont particulièrement prégnantes dans le développement pulsionnel féminin.
- Une « **homosexualité infantile insuffisamment refoulée** » : l'identification masculine « *mal assurée* » laisse place à une « **identification féminine passive ainsi qu'une position homosexuelle à l'égard de l'imgo paternelle** ». « *La relation au père est érotisée et idéalisée de façon négative ou positive mais jamais dans une bonne distance, source d'identifications structurantes.* »
- **L'incapacité à renoncer à la bisexualité psychique infantile et à élaborer la castration.** Ces garçons se trouvent dans « *une impasse élaborative des homosexualités infantiles* » et « *persistent dans la croyance d'un corps qui reste infantile* »
- La **dimension narcissique, plus que génitale, du choix d'objet** dont témoignent les fantasmes de « *double* » et la « *recherche du même* », reflétant les **difficultés de la séparation-individuation. L'objet a fonction de complétude narcissique au sein d'une organisation pré-oedipienne** où « *la relation n'est pas triangulée mais duelle* ». L'angoisse de castration « *ne concerne pas la castration génitale mais la castration phallique-narcissique, c'est-à-dire la dépression et la perte d'objet* ».

- Les **failles du narcissisme menacent d'une dépression grave** contre laquelle le sujet se défend par la maîtrise du comportement alimentaire.

Enfin, les garçons anorexiques **ne parviennent pas « à acquérir une identité de genre masculine, à se « désidentifier » de la mère ni à se détacher du père »**. Ces patients se trouvent dans « *des positions homosexuelles narcissiques latentes dont on ne peut préjuger du destin et qui ne constituent pas une homosexualité avérée* » (Orgiazzi [111]). Comme le pointe Rio [120], il s'agirait, **bien plus que d'un choix d'objet homosexuel génital, d'une homosexualité inconsciente du registre narcissique, « d'une identification à la mère liée à un échec du processus de séparation-individuation »**.

Marcelli [100] rattache cette dimension narcissique de l'homosexualité aux distorsions de la relation précoce mère-enfant.

Elle serait en lien avec les défauts (« *dans ses excès comme dans ses manques* ») dans l'investissement d'un narcissisme suffisamment stable et d'une différenciation suffisante de l'objet primaire maternel. Le terme de « primaire » se rapporte aux toutes premières phases du développement marquée par la « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott) et « l'investissement primaire » de la mère par le bébé. Cet « *investissement primaire a été conceptualisé comme étant du registre de l'« homosexualité primaire » où primaire est à entendre comme la recherche d'une construction ou d'un comblement identitaire narcissique* » (Marcelli [100]). « *Le rapport précoce et satisfaisant à la mère garantit la solidité temporelle de l'assise narcissique ce qui ultérieurement s'exprimera par le sentiment interne de continuité d'existence* ». Le sentiment de continuité repose donc sur une relation d'allure fusionnelle mais « *le sentiment d'être soi différencié des autres passe par les manquements maternels* ». L'adolescence sera révélatrice des « *défaillances de l'instance de différenciation* » car les possibilités de différenciation seront la seule protection contre les exigences du pubertaire qui pousse l'adolescent vers son objet incestueux direct ou indirect.

Pour le garçon¹, « se différencier d'un objet d'amour primaire trop investi peut apparaître comme dangereux, et la solution peut se trouver dans une identification massive à

¹ Pour la fille il s'agit au contraire d'accepter de s'identifier à son objet d'amour primaire et de « *laisser parler en elle sa propre mère* » ; si cette identification devient trop menaçante, l'affirmation d'une différence avec elle devient l'enjeu narcissique majeur.

cet objet : devenir la mère pour ne pas la perdre et avoir en plus le bénéfice d'un père dans ses bras, une relation où enfin le sujet peut intérioriser du principe mâle ». **Cela semble aller à l'encontre du processus d'indentification qui consisterait à se nourrir de ce qui n'est pas soi pour enrichir sa propre individualité.**

Selon Marcelli, cette forme d'homosexualité serait plus fréquente chez les garçons et **pourrait être en lien avec un excès de fusion ou un défaut de différenciation dans la relation précoce à la mère, proximité à la mère ne laissant pas de place au père** avec « *identification au rejet du masculin : risquer de perdre sa mère si l'on ressemble au père* ». ¹

Ces éléments permettent probablement d'intégrer les différentes observations concernant la dynamique familiale, la question de l'orientation sexuelle et la fragilité de l'identité sexuelle. A travers cette notion d'homosexualité primaire, qu'elle soit consciente ou inconsciente, apparaissent avant tout **les difficultés du processus de séparation-individuation et les fragilités narcissiques mises à jour par l'avènement de la puberté.** Ainsi Brusset [26] souligne également que, les transformations de la puberté n'ayant pu être élaborées, elles « *laissent persister une grande dépendance et une grande ambivalence dans les relations actuelles avec les parents.* »

De façon concordante et dans une perspective ontogénique, Hilde Bruch souligne que les premières relations entre la mère et son fils et dans lesquelles semblent s'originer ces fragilités narcissiques, sont teintées d'une dimension particulière.

Ainsi, Bruch [20] souligne que, comme les jeunes filles, ces garçons sont décrits comme « *exceptionnels* » par leur entourage (parents, professeurs) et qu'à la faveur d'un changement dans leur statut social survient un sentiment aigu d'insatisfaction qui se porte sur le corps. Toutefois, ce caractère « *exceptionnel* » semble tenir d'une **conformité aux exigences des adultes.** Il occulte un **sentiment de doute quant à leurs capacités et leurs performances.** « *Au-delà de leur conduite acharnée [...], on reconnaît [...] un tout puissant sentiment d'impuissance, la crainte de ne pas être assez proches de leurs sensations et fonctions et de ne pas pouvoir les contrôler. Le contrôle rigoureux de leur poids devient la pierre de touche magique, la preuve tangible qu'au moins leur corps obéit à leur propre contrôle* ».

¹ Chez la femme, au contraire, elle serait en lien avec un excès de différenciation trop précoce ou un défaut de fusion, où la mère rejette le féminin de sa fille : toute ébauche de choix différencié serait l'équivalent d'un abandon.

Comme chez les jeunes filles, Bruch insiste sur la particularité des mères à imposer au développement de leur fils leurs propres conceptions des besoins et des désirs au détriment de la personnalité propre de l'enfant. Ce modèle d'interaction marqué par « *l'attachement servile* » de l'enfant à sa mère fait que celui-ci ne pourrait développer sa propre individualité. L'apparente adaptation lors de l'enfance est mise à mal par les exigences de la puberté et des changements relationnels qu'elle impose. **Dès lors l'adolescent se trouve fragilisé par des situations où il doit « faire preuve d'indépendance » et déterminer lui-même ses décisions et son comportement.**

Bruch semble rattacher l'anorexie « typique » du garçon aux défaillances du narcissisme primaire et aux défauts dans les relations précoces mère-enfant.

Au total : La question identitaire semble finalement au centre de la problématique sous-jacente de l'anorexie mentale masculine. De façon peut-être encore plus évidente que chez la jeune fille, c'est la fragilité de l'identité sexuelle qui semble particulièrement intense. Dans les deux cas, la relation à la mère est teintée d'une dimension de complétude narcissique. La fragilité de la fonction tierce différenciatrice paternelle ne permet pas d'élaborer la séparation, et laisse l'enfant et la mère dans une relation fusionnelle où prédomine la menace de confusion identitaire, d'autant que le garçon ne semble pas pouvoir s'appuyer sur des repères identificatoires paternels solides, qui pourraient constituer une médiation par rapport à la dépendance à l'égard de la mère. La séparation d'avec l'objet primaire trop investi est une menace de perte d'amour de l'objet, qui semble se « résoudre » à travers l'identification massive à la mère et au féminin. C'est ainsi que l'on peut entendre la dimension homosexuelle, avant tout du registre narcissique, dans l'anorexie mentale masculine. Elle semble, dans tous les cas, en lien avec les fragilités des assises narcissiques et la difficulté à élaborer le processus de séparation-individuation, fragilités qui semblent trouver leur origine dans les premières relations mère-bébé. Finalement, la maîtrise du comportement alimentaire apparaît comme une défense nécessaire face à la menace d'effondrement dépressif grave liée aux failles du narcissisme.



Au total, l'anorexie masculine existe et semble relativement superposable en terme clinique, évolutif et de comorbidités psychiatriques personnelles et familiales à celle de la jeune fille. La perspective psychodynamique semble également inscrire l'anorexie mentale dans les **difficultés à élaborer le processus de séparation-individuation sur fond de fragilités narcissiques**. Toutefois, soulignons les différences sur lesquelles nous tenterons de réfléchir dans la suite de ce travail.

- **La faible prévalence de l'anorexie mentale** avérée, très manifeste chez les sujets ayant eu accès aux soins, un peu moins dans la population générale ; la fréquence presque aussi importante que chez les femmes des formes partielles d'anorexie qui seraient, elles plus volontiers liées aux modèles culturels prévalents.
- **Sur le plan symptomatique**, on observe une **hyperactivité physique intense** qui laisse au second plan parfois la restriction alimentaire ; un **hyper-investissement du « masculin »** à travers la recherche du « muscle » ; une perte de poids probablement plus sévère du fait d'une **obésité prémorbide fréquente** et d'une composition corporelle initiale différente.
- **Sur le plan évolutif**, malgré une évolution satisfaisante sur le plan somatique voire comportemental, semblent fréquemment persister des difficultés relationnelles et affectives.
- **Sur le plan familial**, pointons, la **fréquence les antécédents familiaux de troubles alimentaires et pondéraux** qui ne peuvent probablement pas se réduire à une transmission génétique mais qui interrogent en tous cas le poids de tels facteurs dans la genèse de l'anorexie chez l'homme.

Soulignons également que quelques formes cliniques particulières semblent apparaître : l'anorexie prépubère et les formes atypiques marquées par des éléments de structuration psychotiques. L'investissement sportif intensif interroge également sur l'existence de formes frontières entre addiction au sport et anorexie mentale chez l'homme.

A travers, les modèles de compréhension de l'anorexie mentale, nous tenterons d'appréhender les spécificités de l'anorexie mentale masculine et d'en éclairer certains enjeux.

II. TENTATIVES DE COMPREHENSION DES SPECIFICITES MASCULINES

Soulignons la richesse des réflexions concernant les modèles de compréhension de l'anorexie mentale. Nous serons donc tentés d'insister sur ceux qui sont en lien avec notre travail et qui permettent de mieux percevoir cette question des différences en fonction du sexe. Par ailleurs, les éléments rapportés ne sont probablement pas exhaustifs et restent très souvent de l'ordre hypothétique. Ils ne permettent vraisemblablement pas des conclusions définitives, d'autant que la compréhension de l'anorexie mentale, tant sur les plans biologique et génétique que psychopathologique, est en perpétuelle évolution.

Dans une perspective biopsychosociale, l'anorexie mentale apparaît comme le paradigme d'une pathologie multifactorielle.

C'est à travers cette perspective que nous tenterons de discuter de la faible prévalence de l'anorexie mentale, de la nature des facteurs protégeant le garçon et de ceux la favorisant chez la fille. Il s'agit également de réfléchir aux spécificités symptomatiques masculines. **Il n'y a sans doute pas d'explication simple à ce phénomène tant la problématique de la différenciation sexuelle dont il dépend met en jeu de multiples éléments dans des champs irréductibles entre eux, mais interdépendants du somatique, du psychique et du sociologique.**

A. UN CONTEXTE TYPIQUE D'APPARITION : L'ADOLESCENCE

Il s'agit de définir le processus de l'adolescence, comme contexte typique de survenue de l'anorexie mentale, contexte marqué par **la puberté et l'accès à l'autonomie**.

L'adolescence est l'âge du changement comme en témoigne l'étymologie du terme : « *adolescere* » signifie grandir en latin qui sous-tend la notion de passage, passage entre l'enfant que le sujet n'est plus et l'adulte qu'il n'est pas encore (Kestemberg [83]). C'est donc une phase critique qui fait suite à la période de latence et au cours de laquelle l'équilibre psychique acquis précédemment est bouleversé par l'avènement de la maturité génitale.

Les transformations qui caractérisent l'adolescence sont liées à plusieurs types de facteurs :

1. Les facteurs biologiques :

La puberté est marquée par la **sexuation du corps** et **l'accession à la capacité procréative** via le développement des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires, l'apparition d'érections avec éjaculations, les premières règles, mais aussi des modifications générales (taille, développement musculaire...). Nous reviendrons plus spécialement sur les modifications physiques et psychiques que la puberté détermine selon le sexe.

2. Les facteurs socio-culturels

Pour les sociologues, l'adolescence est à la fois une **période d'insertion dans la vie d'adulte** mais elle est aussi **marquée par le groupe social** avec ses caractéristiques socio-culturelles particulières. L'adolescence n'est pas un phénomène universel et son expression, sa durée et sa complexité varie d'une culture à l'autre. (Marcelli [99]).

3. Les facteurs psychologiques :

a) La maturation intellectuelle

Elle fait accéder le sujet à la pensée formelle capable d'abstraction et de généralisation.

b) Le bouleversement instinctivo-affectif

L'enfant est amené à aménager de nouvelles relations avec ses parents et avec autrui, comme avec lui-même et son propre corps.

(1) L'intensité de la poussée pulsionnelle sous le primat du génital

Elle entraîne une irruption de nouveaux désirs dans le domaine sexuel exprimés par des rêves et des rêveries où l'on note « *à la fois la satisfaction et la répression de ses désirs.* »¹

La longue accession à la vie sexuelle sur un mode adulte coexiste avec une répression des désirs sexuels via la régression à des modes de satisfaction pré-génitaux infantiles (par exemple goût pour la saleté, désordre, boulimie, agressivité). De même l'intellectualisation (qui permet de maintenir à distance des affects dangereux) et l'ascétisme (caractérisé par un refus de ce qui est ressenti comme pouvant apporter du plaisir) sont pointés par A. Freud comme des mécanismes de tentative de maîtrise des pulsions, mécanismes caractéristiques de cette période.

(2) Remaniements des relations avec l'entourage familial

L'accession à la maturité génitale et la réactivation pulsionnelle, de par la proximité avec les parents, **réactivent le conflit oedipien et menacent d'un inceste maintenant réalisable.** Face à l'angoisse qui en résulte, **l'adolescent tend à rejeter les objets parentaux parce que l'émergence pubertaire le contraint à sexualiser ses relations avec ceux-ci.** Les liens d'amour qui lient l'adolescent à ses parents sont amenés à se modifier pour qu'il puisse choisir un objet d'amour dans sa génération et orienter ses intérêts sexuels hors de la famille jusqu'à ce qu'il lui devienne progressivement moins nécessaire de mobiliser des sentiments hostiles pour faire échec à son attachement oedipien.

Ce mouvement, lié à l'expérience de séparation des personnes influentes de son enfance, de ses anciens plaisirs, de ses objectifs antérieurs, peut être rapproché d'un **travail de deuil** qui consiste en une « **perte des objets infantiles** »:

- « **perte de l'objet primitif maternel** » : dans le prolongement de la première phase de séparation-individuation, concept développé par M. Mahler² où le jeune enfant s'est dégagé de sa mère par internalisation, l'adolescent se dégage de ses objets infantiles réels et internalisés pour aimer les objets extérieurs et extra-familiaux au point que

¹ Mazet, Houzel : Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent. Maloine, 1993, Paris

² Margaret Mahler in Golse B. : Le développement affectif et intellectuel de l'enfant. Masson, Paris, 2001

Masterson considère l'adolescence comme la **deuxième phase de séparation-individuation qui va raviver les expériences antérieures de séparation.**

- **«perte de l'objet oedipien** » : l'adolescent est « amené à conquérir son indépendance, à se libérer de l'emprise parentale et à liquider la situation oedipienne »¹

L'adolescent doit donc renoncer à ses objets oedipiens et pré-oedipiens mais aussi renoncer à la sécurité du milieu familial et à l'imgo parentale idéalisée.

L'adolescent met en œuvre des défenses, décrites par A. Freud, contre la perte d'objet : le transfert de la libido sur des substituts parentaux, la transformation en leur contraire des sentiments éprouvés à l'égard des imagos parentales, le retrait de la libido dans le Soi et la régression dans une tentative de revivre les premières relations avec l'objet maternel.

Une des tâches centrales de l'adolescence est donc de parvenir au détachement de l'autorité parentale et des « objets infantiles » : il s'agit « d'un travail de réappropriation de l'histoire infantile dans un projet désormais sexué » (Venisse [143]). Cette réappropriation suppose le deuil des objets de l'enfance et le désinvestissement des théories sexuelles infantiles.

Seule l'émergence de la représentation de la complémentarité des sexes pourra donner sens à ces bouleversements. Elle nécessitera **l'abandon de la toute-puissance infantile** et de la complétude imaginaire. Cet abandon confrontera de tout façon l'adolescent à l'éprouvé de la solitude et à une auto-dévaluation douloureuse (Marcelli [99]).

(3) L'établissement du narcissisme adulte : l'antagonisme narcissico-objectal

Les remaniements intellectuels, physiques et affectifs font s'interroger l'adolescent sur son identité : il doit « *se définir lui-même* » [99] c'est-à-dire avoir de lui, de son corps et de l'ensemble de sa personne une image satisfaisante à laquelle il ne prête pas, de manière

¹ Haim par Marcelli [99]

infantile, une toute puissance non conforme à la réalité. En d'autres termes **il doit se choisir lui-même en tant qu'objet d'intérêt, d'estime et de respect.**

Cela passe par des interrogations anxieuses sur lui-même et des préoccupations narcissiques intenses (exploration de son reflet dans le miroir, inquiétude parfois dysmorphophobiques au niveau du corps, introspection), ainsi que par un certain rejet des identifications antérieures et par une « *recherche-conquête d'objets nouveaux d'identification* » [99].

L'adolescent est donc pris dans **un mouvement identitaire et identificatoire marqué par une augmentation de l'investissement libidinal de soi qui doit cohabiter avec une augmentation de l'investissement libidinal des objets.** « La faim d'objets »¹ lui permet d'enrichir sa personnalité et d'affirmer ses traits de caractères. En effet, les nouvelles relations d'objet vont lui servir de support aux intériorisations puis aux identifications à venir. Le **processus normal d'identification** contribue à renforcer l'estime de soi. Il permet de **prendre en l'autre ce que l'on admire chez lui pour le transformer en ses qualités propres sur le modèle de ce qui se passe pour l'alimentation** : « *C'est en se nourrissant de ce qui n'est pas soi, qu'on nourrit sa propre individualité.* » (Jeammet [78])

La puberté et l'adolescence vont jouer un rôle de révélateur de cette problématique de dépendance en créant les conditions d'un antagonisme entre sauvegarde narcissique (de l'estime de soi, de l'identité, du sentiment de continuité) et la lignée objectale pulsionnelle, c'est-à-dire l'appétence relationnelle et le besoin de créer des liens et des investissements.

C'est, selon Jeammet [78], le paradoxe de l'adolescence dont les conduites alimentaires sont le paradigme : « ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace. »

<p>Il s'agit donc pour l'adolescent de remanier les identifications infantiles en se créant les siennes propres par l'engagement dans une quête identificatoire qu'elle soit mimétique ou oppositionnelle.</p>

¹ Blos P. cité par Marcelli

Or « *La tension conflictuelle entre l'appétence objectale pour quérir les identifications nouvelles et la préservation narcissique pour conserver l'assise narcissique identitaire représente un des enjeux essentiels de l'adolescence.* » [99]

L'identité renvoie au narcissisme de l'individu et à la qualité des premières relations. Plus elles ont été satisfaisantes, plus le sentiment d'identité sera stable et assuré, et moins l'antagonisme entre le besoin objectal et l'intégrité narcissique se fera sentir : l'objet n'est pas une menace pour le sujet dans la mesure où la relation d'objet précoce a toujours étayé l'investissement narcissique. L'adolescence marquée par le besoin d'objets ne menacera pas l'assise narcissique et l'adolescent pourra s'engager dans une quête identificatoire.

Si l'assise narcissique n'est pas suffisamment solide, le réveil pulsionnel et son besoin objectal seront ressentis comme un danger pour l'assise narcissique et identitaire: l'investissement d'objet prendra un aspect anti-narcissique.

« L'adolescence crée les conditions d'un antagonisme entre sauvegarde narcissique (de l'estime de soi, de l'identité, du sentiment de continuité) et la lignée objectale pulsionnelle c'est-à-dire l'appétence relationnelle et le besoin de créer des liens et des investissements » (Jeammet [78])

Ce mouvement d'entrecroisement permanent entre investissements narcissique et objectal, entre identité et identification, se poursuit jusque dans la **construction de l'identité sexuelle** dont nous avons développé les étapes au chapitre précédent.

(4) La question du corps à l'adolescence

Le corps est au cœur des bouleversements de la problématique adolescente « *qui stigmatise sa place charnière de **trait d'union entre le biologique et le psychologique*** ».

L'adolescent est **brutalement soumis aux transformations pubertaires physiologiques** qui retentissent profondément sur l'image que l'adolescent a de son corps et qui entraînent le plus souvent un malaise, **comme si le corps devenait extérieur**, parfois faisant vivre un sentiment « *d'étrangeté et de bizarrerie* »¹.

La plupart des adolescents arriveront, au terme d'une période plus ou moins longue et angoissante de familiarisation progressive, à se reconstituer une image, une représentation de

¹ Mâle : La crise juvénile. Payot, Paris, 1982

leur corps dans ses trois dimensions : physique, libidinal et symbolique. Toutefois, un certain nombre échouera dans cette entreprise développant une « *relation persécutoire à ce corps qui leur est étranger. Ils y enfouiront, dans un secteur clivé et méconnu de leur psychisme, nombre de leurs objets et conflits internes. Ce corps traité comme un objet externe devient alors le dépositaire de tous les affects menaçants : envie, haine, agressivité, lesquelles renvoient à une violence fondamentale inintégrable.* » (Venisse [164])

L'anorexie mentale apparaît donc typiquement à l'adolescence. Celle-ci est marquée par l'accès à un **fonctionnement physiologique adulte**, par la **généralité**, par la nécessaire élaboration de la castration menant au **renoncement de la toute-puissance allant de pair avec la nécessaire reconnaissance de sa finitude**, ainsi que par l'accès à une agressivité potentiellement agissante. C'est un **carrefour révélateur des problématiques de dépendance en ce qu'elle impose la reprise de la séparation-individuation**, révélateur ainsi des **complexités du processus d'indentification** « *qui doit amener la fille ou le fils à être femme ou homme puis mère ou père* ». (Corcos [46])



La prévalence masculine manifestement plus importante, dès lors que sont prises en compte les formes d'anorexie mentale de l'enfance, incite à penser que **l'adolescence peut déterminer, dans sa dimension somatique, sociale et psychologique, soit des facteurs de protection masculins, soit des facteurs de vulnérabilité chez la jeune fille**. C'est en gardant ce fil directeur que nous tenterons de nous interroger, et sur la faible prévalence de l'anorexie masculine de l'adolescence, et sur les éléments plus spécifiques du garçon.

Débutons, toutefois, notre réflexion sur les facteurs de vulnérabilité génétique, qui ne semble pas directement en lien avec les déterminants de l'adolescence. L'histoire familiale de Paul ne pouvait qu'interroger sur une participation génétique dans la genèse des troubles. Par ailleurs, la forte prévalence des troubles alimentaires dans la famille des anorexiques masculins incite à évoquer à une vulnérabilité génétique plus importante que chez la jeune fille.

B. UNE VULNERABILITE GENETIQUE PARTICULIERE ?

La forte prévalence féminine de l'anorexie mentale interroge quant à une implication majeure de facteurs génétiques dans le déterminisme de cette pathologie. Nous tenterons de déterminer l'état actuel des connaissances concernant l'anorexie mentale puis évoquerons les recherches (rares) plus spécifiquement masculines.

Les recherches récentes, s'appuyant sur les études d'agrégation familiale et de jumeaux, tendent à reconnaître l'importance de son héritabilité génétique.

1. Le poids génétique de l'anorexie mentale

D'une façon générale, il existe une **concentration familiale** supérieure d'anorexie mentale clinique ou infra-clinique chez les apparentés de femmes anorexiques (Perdereau [114], Gorwood [64], Strober [132]).

Treasure [137] étudie les caractéristiques de la transmission familiale des TCA dans des familles présentant au moins deux membres atteints sur deux générations. Il conclut à **une transmission « génotypique » aussi bien par la lignée maternelle que paternelle**. Cette expression « phénotypique » est rare. Elle survient préférentiellement chez les femmes et chez les membres d'une même génération.

En fait, dans l'hypothèse d'une transmission génétique, celle-ci se fait selon un modèle avec pénétrance incomplète et expressivité variable qui dépendrait entre autre du sexe du sujet.

Toutefois, la concentration familiale d'un trait peut être due à des facteurs génétiques mais aussi à un environnement familial et éducatif commun (Kipman [86]). L'hypothèse d'une héritabilité (c'est-à-dire le poids génétique) dans l'anorexie mentale s'est surtout appuyée sur les études de jumeaux¹. La **concordance entre jumeaux monozygotes serait significativement et très largement supérieure** comparée à la concordance chez les jumeaux

¹ Les études de jumeaux permettent de préciser la participation de facteurs génétiques. Lorsque des facteurs génétiques sont impliqués, les jumeaux monozygotes possédant un patrimoine génétique identique doivent donc être plus concordants que les jumeaux dizygotes qui ne partagent en moyenne que 50% des gènes [99].

dizygotes (Crisp¹, Holland² cités par Perdereau [114]). Par ailleurs, il existerait un **continuum entre syndromes partiels et complets d'anorexie mentale**. Il existe, ainsi, un risque plus élevé pour la co-jumelle d'une jumelle anorexique de développer une anorexie sub-clinique. La co-jumelle d'une jumelle présentant un syndrome complet ou partiel d'anorexie aurait un poids plus bas que les jumelles de paires saines. (Walters et Kendler³ [114]). Cela ne permet cependant pas d'éliminer une participation de facteurs environnementaux communs, puisqu'ils ont été élevés ensemble, (d'autant plus, nous l'avons déjà souligné, que la problématique de séparation-individuation est prévalente dans cette population).

Toutefois, les auteurs s'accordent pour souligner que cette concordance entre jumeaux monozygotes est particulièrement forte et qu'elle plaide en faveur d'un déterminisme génétique important. Il existerait des facteurs de prédisposition génétique ne s'exprimant que dans certaines conditions (stress, régime...) témoignant d'une pénétrance variable de la maladie (Gorwood, [64]) et qui interviendraient pour 60% de l'héritabilité de l'anorexie mentale restrictive pure (Perdereau [114]). Les facteurs environnementaux seraient de façon prévalente à l'origine des formes avec conduites de purge, des formes mixtes et de la boulimie.

2. Le spectre phénotypique

La question du spectre phénotypique dans l'anorexie mentale s'est appuyée sur la fréquence des antécédents familiaux et des comorbidités avec la boulimie (Perdereau [136], Gorwood [65]), les troubles dépressifs (Gorwood [64], (Kaye, 1998⁴) et les troubles obsessionnels (Gorwood [65], Kipman [86]), soutenant ainsi **l'hypothèse d'anomalies sérotoninergiques génétiquement déterminées**. D'ailleurs, des jumelles discordantes pour l'anorexie mentale présentaient des **traits communs de perfectionnisme et de personnalité**

¹ Crisp A.M., Hall A., Holland A.J. : Nature and nurture in anorexia nervosa : a study of 34 pairs of twins, one pair of triplets, and an adoptive family. Int. J. Eat. Dis., 1985, 4, 5-27

² Holland A.J., Sicotte N, Treasure J. : Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. J. Psychosom. Res., 1988, 32, 561-671.

³ Walters E.E., Kendler KS : Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based twin sample. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 64-71

⁴ Kaye, 1998: Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. Biol. Psych. 44, 825-838

obsessionnelle-compulsive (Rastam¹, Treasure [137]). De plus, les anorexiques restrictives pures, pour laquelle une participation génétique est considérée comme plus importante que chez les anorexiques vomisseuses ou boulimiques, présentent aussi de façon préférentielle à ces dernières des traits de personnalité obsessionnelle, notamment le **trait perfectionnisme**.

Strober [133] soutient l'hypothèse que **certains signes prémorbides seraient des indicateurs de « caractéristiques génétiques »**. Ce qui serait transmis génétiquement n'est pas le trouble alimentaire en lui-même mais un ensemble de particularités cognitives et comportementales. Dans cette optique, **il existe une sensibilité génétiquement déterminée à certains facteurs de risque environnementaux nécessaires au développement de la maladie**. La nature de la transmission du trouble se ferait selon Strober par l'intermédiaire de traits de personnalité. **Le perfectionnisme pourrait être un de ces traits phénotypique qui conférerait une vulnérabilité pour l'anorexie mentale** (Treasure [137]).

Parallèlement, des anomalies sérotoninergique, noradrénergique et de la fonction CRH ont été observé chez des patients qui ont été guéri de l'anorexie mentale (Kaye², 1991). Elles pourraient constituer des marqueurs de traits de vulnérabilité sous-jacents (Treasure [157]).

Selon Treasure [137], **le modèle de Cloninger** est le seul à réunir ces deux ensembles de données. Nous avons évoqué le **profil de caractère et de tempérament** retrouvé chez les sujets anorexiques. Strober³ (cité par Treasure [137]) suggère que cette personnalité représenterait le « *caractère héréditaire de vulnérabilité génétique de l'anorexie mentale* » : « *les symptômes de l'anorexie mentale peuvent s'installer durablement seulement chez les individus chez qui les tendances héréditaires d'évitement des sensations désagréables et les tendances faibles à la recherche de nouveautés sont présents à un degré élevé [...]. Les individus qui évitent le désagréable et la nouveauté, vont de façon caractéristique, calmer leur sentiment de danger en agissant de manière rigide, fortement stéréotypée et ritualisée sur un mode compulsif.* »

Soulignons que dans la population générale les scores de recherche de sensations au TCI sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes (Purper-Ouakil [118]). Cela pourrait

¹ Rastam : « the family background in anorexia nervosa » J. of Am. Acad. Of Child and Adol. Psych. (accepted for publication)

² Kaye : « An open trail of fluoxetine in patients with anorexia nevosa » J. of Clinical psychiatry, 52: 464-471, 1991

³ Strober : « Disorders of the self in anoran orgasmic developpmental paradigm ». In: Johnson (ed): Psychodynamic treatment of anorexia nervosa and bulimia. New ork, NY Guilfod Press, p354-373

déterminer une addiction « au risque » à travers des comportements d'addiction plus spécifiquement masculins tels que la toxicomanie mais aussi aux sports dangereux provoquant des sensations fortes (course automobile, sport de glisse). On peut supposer que cette dimension tempéramentale distingue les garçons anorexiques des garçons de la population générale à la faveur de déterminants génétiques.

3. Les gènes candidats et les allèles de vulnérabilité¹

Dans l'anorexie mentale peuvent être considérés, selon Gorwood [64], comme gènes candidats ceux ayant un rôle dans le contrôle de l'appétit et des comportements hédoniques en rapport avec la prise de nourriture tels que la cholécystokinine, la sérotonine, la dopamine et les endorphines.

Certaines études (Gorwood [65]) se sont appliquées avant tout au système sérotoninergique. Ainsi a été mise en évidence par plusieurs études une association significative entre anorexie mentale et un polymorphisme du gène codant pour le récepteur sérotoninergique 5-HT_{2A} (Kipman [86]). Il semble particulièrement significatif dans un sous-groupe de sujets anorexiques à forte dimension obsessionnelle.

Finalement, il existe une implication de facteurs génétiques du moins dans l'anorexie mentale restrictive pure à début précoce et au retentissement sévère, et plus spécifiquement sur quelques dimensions qui y sont rattachées, notamment le perfectionnisme. La transmission est très probablement d'origine oligogénique voire polygénique. Seul l'allèle de vulnérabilité 5-HT_{2A} a été mis en évidence.

Ce facteur génétique est avant tout de l'ordre de la « vulnérabilité » qui confère un risque relatif faible (multiplié par 1,8) de développer la maladie si ne s'y associe pas une constellation de facteurs environnementaux favorisants (Corcos [45]).

¹ Un allèle de vulnérabilité correspond à un polymorphisme d'un gène particulier impliqué dans une fonction en rapport avec la maladie. Les polymorphismes d'un gène, constituent l'ensemble des variations de l'ADN présentes à la fois chez les sujets sains et les sujets malades. Il s'agit alors de détecter grâce à la biologie moléculaire une association entre une maladie ou un trait repérable de cette maladie et un polymorphisme d'un gène dit candidat. Cette association, lorsqu'elle est significative sur le plan épidémiologique, fait supposer l'implication de cette forme allélique dans le déterminisme génétique de la maladie. Toutefois la présence d'un polymorphisme génétique particulier chez un sujet n'est pas suffisante pour déclencher la maladie, soit parce qu'elle nécessite l'association à d'autres allèles candidats soit à d'autres facteurs tels que des facteurs environnementaux. C'est le cas de l'anorexie mentale qui n'apparaît pas comme une maladie à transmission mendélienne, mais comme une pathologie à la fois polygénique et polyfactorielle [64b].

L'anorexie mentale n'apparaît donc pas comme une maladie à transmission mendélienne mais plutôt comme une pathologie polygénique et polyfactorielle : la présence d'un polymorphisme génétique particulier n'est pas suffisante pour développer la maladie et doivent s'y associer d'autres facteurs, peut-être génétiques, en tout cas environnementaux.

4. Les données concernant le poids génétique dans l'anorexie mentale masculine

L'étude de Strober [133] constitue, à notre connaissance, la seule étude contrôlée d'agrégation familiale pour les troubles du comportement alimentaires chez les hommes anorexiques. La fréquence des troubles du comportement alimentaire chez les apparentés au premier degré de vingt-neuf hommes anorexiques restrictifs purs (seuls trois présentent des vomissements auto-induits et aucun des épisodes boulimiques) est ainsi comparée à celle des apparentés de 181 sujets masculins « sains ».

Le risque de développer une forme complète d'anorexie mentale pour une femme apparentée à un sujet anorexique est 20,3 fois supérieur à celui d'une apparentée de sujet sain. Il est 9,1 fois supérieur lorsqu'on prend en compte les formes complètes et partielles d'anorexie mentale. Tous les apparentés atteints sont des filles, suggérant que la maladie ne transmet pas préférentiellement aux sujets de même sexe. En dernier lieu, il n'existait pas d'agrégation familiale pour la boulimie chez les hommes anorexiques, contrairement aux résultats retrouvés chez les apparentés de sujets féminins anorexiques. Cela suggérerait une absence de transmission croisée de ces deux troubles. En comparant ces résultats avec l'étude antérieure du même auteur [132], **il existe un risque, de développer une anorexie mentale, multiplié par deux pour une apparentée d'homme anorexique comparé à une apparentée de femme anorexique.**

Dans l'hypothèse d'une transmission génétique, ces résultats suggèrent que le poids des facteurs génétiques serait plus lourd chez le garçon que chez la fille anorexique.

Rappelons que l'anorexie mentale est une maladie plurifactorielle. La pénétrance incomplète et l'expressivité variable d'une potentielle vulnérabilité génétique rendent compte probablement de l'influence d'autres facteurs, qu'ils soient biologiques, socio-culturels ou psychogénétiques.

Nous pouvons suggérer que l'ensemble de ces facteurs favoriseraient chez la jeune fille, plus volontiers que chez le jeune homme, l'expression phénotypique d'une telle pathologie.

Toutefois, certains auteurs ont souligné la fréquence des formes boulimiques ou des formes avec conduites d'annulation chez l'homme. Si l'on reprend les hypothèses concernant la vulnérabilité génétique de l'anorexie mentale, le poids des facteurs génétiques serait moins marqué dans ces formes où la dimension impulsive est au premier plan. Il est probable que les facteurs familiaux interviennent en dehors même du cadre de la vulnérabilité génétique. Ainsi, mais nous y reviendrons, Chambry retrouvait dans ces situations cliniques une désorganisation familiale particulièrement grave qui pourrait venir rendre compte d'éléments d'influence environnementale plus que génétique.

C. LA VULNERABILITE BIOLOGIQUE

La possibilité d'une vulnérabilité biologique aux troubles du comportement alimentaire a été évoquée en lien avec la puberté et une prédisposition génétique (Chabrol [35]). Déterminent-elles une vulnérabilité plus spécifiquement féminine ? Peuvent-elles rendre compte de certaines particularités cliniques de l'anorexie mentale masculine ?

Entre anomalies primaires à l'origine du comportement alimentaire pathologique et anomalies secondaires à la malnutrition, les troubles neurobiologiques observés sont complexes. Ils peuvent également être des facteurs de perpétuation du comportement alimentaire pathologique voire entraîner des troubles de l'humeur (Delvenne [52]).

Toutefois, il semble que « *certain aspects cliniques pourraient avoir un déterminisme biologique, celui d'un dérèglement des sensations de faim* », sous forme de perte d'appétit comme dans le syndrome dépressif, sous forme de fringale contre laquelle lutte l'anorexique quand la boulimique y cède ou sous forme de satiété précoce liée à la « *sensation de corps bourré* ». (Brusset, [32]).

1. La régulation des apports et des dépenses énergétiques en fonction du sexe

a) Prise alimentaire et rôle de la sérotonine

La physiologie de la prise alimentaire se divise en plusieurs étapes faisant intervenir des mécanismes complexes (Delvenne [52]). Deux systèmes sont responsables de la régulation de la prise alimentaire : le système périphérique des hormones gastro-intestinales et le système central des neuro-peptides et des monoamines.

Citons au niveau périphérique le rôle de la cholecystokinine, facteur de satiété, et de la leptine.

Au niveau central, le contrôle de la régulation du poids et de la prise alimentaire se situe au niveau de l'hypothalamus ventral et médian qui intègre les différents stimuli et organise les réponses, par la mise en jeu des **systèmes sérotoninergique, dopaminergique, catécholaminergique et opioïde** (Corcos [51]). Nous nous attacherons uniquement au

système sérotoninergique pour lequel des déterminants biologiques liés au sexe pourraient rendre compte de la plus grande prévalence féminine.

La sérotonine est le neuromédiateur dont le rôle dans le pondérostas est le mieux connu. Elle **inhibe ainsi la prise alimentaire en augmentant la sensation de satiété** et en diminuant les ingestats caloriques par un ensemble de phénomènes sélectifs sur la prise alimentaires concernant principalement l'absorption d'hydrates de carbone (Delvenne [52]). Ainsi la **prescription d'antidépresseurs sérotoninergiques**, tels que la fluvoxamine ou fluoxétine, en augmentant la disponibilité de la sérotonine, entraîne une légère baisse de poids [52]. D'autre part, **un régime hypocalorique provoquerait une hypersensibilité des récepteurs post-synaptiques 5-HT_{2C}**, via une baisse de la concentration plasmatique du tryptophane, précurseur de la sérotonine (Gorwood [65]).

Des **altérations du métabolisme de la sérotonine** ont été mises en évidence chez des malades anorexiques (Kipman [86]). Ainsi, en phase d'amaigrissement, il existe une diminution du taux de 5-HIAA (métabolite de la sérotonine) dans le LCR. Toutefois ces taux se normalisent lors de la reprise pondérale puis s'élève au dessus de la norme après six mois (Kaye¹, 1991 cité par Delvenne [52]). Néanmoins une hypoactivité du système sérotoninergique serait retrouvée indépendamment de la dénutrition grâce à des dosages dynamiques (Kipman [86]). Par ailleurs, chez des patientes obèses qui présentent en dehors des repas des compulsions sélectives pour les aliments sucrés lors des moments de tension intérieure, ces tensions sont sédatisées par la collations sucrées. La prescription de dex-fenfluramine (agoniste cérébral de la sérotonine) entraîne une diminution de l'intensité des crises (Corcos [46]).

Ainsi est suggéré l'hypothèse hypo-sérotoninergique dans la boulimie, confortée par la fréquence des troubles dépressifs et des troubles du contrôle de l'impulsivité qui lui sont associés en clinique et qui seraient également en lien avec des anomalies sérotoninergiques. Ainsi, alors que la boulimique céderait à cette fringale, l'anorexique réussirait à lutter selon un processus défensif vis-à-vis de cette « *faim impérieuse incoercible* » (Brusset, [26])

¹ Kaye, 1991 : « Altered serotonin activity in anorexia nervosa after long term weight restoration » Archives of general Psychiatry ; 48 : 556-562

Finalement, la perspective biologique souligne une influence prévalente du système sérotoninergique dans l'apparition ou la pérennisation de l'anorexie mentale. Elle s'appuie sur plusieurs observations.

En premier lieu, **le rôle de la sérotonine dans la régulation alimentaire** a été clairement mis en évidence. Par ailleurs ont été soulignés des **liens étroits entre anorexie mentale et trouble dépressif d'une part, anorexie mentale et troubles anxieux** notamment les pathologies obsessionnelles d'autre part. Dans ces deux pathologies, la perspective biologique s'étaye avant tout sur les anomalies du système sérotoninergique. Le profil de tempérament de Cloninger, considéré comme biologiquement et génétiquement déterminé, retrouve un bas niveau d' « évitement du danger », trait tempéramental qui serait directement dépendant du système sérotoninergique.

Deux autres points liant anorexie mentale et sérotonine sont également soulignés (Kipman [86]). Les **facteurs de stress** comme élément déclenchant de la pathologie alimentaire impliquent une réponse sérotoninergique. Par ailleurs, sont pointés les **effets inhibiteurs de la sérotonine sur la libido** alors que l'on retrouve très fréquemment une absence d'activité sexuelle chez les anorexiques.

Ainsi la surreprésentation féminine de l'anorexie mentale pourrait être expliquée par des différences d'effets de la sérotonine selon le sexe (*gender dimorphism*) notamment quant aux conséquences sur l'appétit.

Gorwood [64] nous rappelle qu'on retrouve chez le rat des **comportements et des réponses métaboliques induits par la sérotonine plus sévères chez la femelle que chez le mâle**, par exemple des **effets hypophagiques plus marqués** lors de l'administration d'agonistes sérotoninergiques (Rowland¹, 1986) ; (Haleem², 1988). Walsh³ retrouve ainsi, qu'une **restriction alimentaire de trois semaines entraîne, chez la femme et non chez l'homme, des altérations de la fonction sérotoninergique** en diminuant la disponibilité du tryptophane. Zhang⁴ retrouve des différences en fonction du sexe pour la transcription et la concentration cérébrale des récepteurs sérotoninergiques 5-HT_{1A} et 5-HT_{2A} chez le rat. Chez les hommes gonadectomisés, la distribution cérébrale des récepteurs sérotoninergiques était la

¹ Rowland : « effect of continuous infusions of dexfenfluramine on food intake, body weight and brains amins in rats » Life Sci 1986, 39 : 2581-2586

² Haleem : Serotonergic functions in rat brain : sex related differences and response to stress » PhD Thesis, University of london, 1988

³ Walsh : « Dieting decreases plasma tryptophan and increase s the prolactin response to d-fenfluramine in women but not in men » J. Aff. Disorders 1995; 33:89-97

⁴ Zhang : « Sex differences in expression of serotonin receptors in rat brain : a possible role of testosterone » Neurosciences 1999 ;94 ; 251-259

même que chez les femmes. Cette différence était annulée par un traitement hormonal substitutif à base de testostérone. Il semble en effet que les **oestrogènes accroissent la densité des récepteurs sérotoninergiques dans le cerveau antérieur.**

Dans le prolongement de l'approche génétique, la vulnérabilité biologique directement médiée par le système sérotoninergique soutient alors l'hypothèse d'une vulnérabilité féminine d'origine biologique pour l'anorexie mentale.

b) L'influence du sexe sur le métabolisme énergétique (Ritz [121])

La composition corporelle diffère en fonction du sexe. A poids égal, l'homme a une masse maigre plus importante que la femme, c'est l'inverse pour la masse grasse. Or la masse maigre étant le principal déterminant de **la dépense énergétique**, cela entraîne une différence des besoins énergétiques. La dépense énergétique de repos constitue les deux tiers de la dépense énergétique totale et dépend essentiellement de la proportion de masse maigre : elle est alors 20 à 25% plus importante chez l'homme. Toutefois, même à composition corporelle égale, une différence entre homme et femme apparaît dès la puberté : l'activité métabolique de la masse maigre masculine est plus intense. D'une part, il est possible que cette masse maigre détermine un rapport masse des organes / masse musculaire plus élevé chez l'homme (les organes ayant une activité métabolique plus élevée que le muscle). D'autre part, les femmes auraient une plus grande proportion de fibres musculaires de type I ainsi qu'une activité moindre de la Na-K-ATPase membranaire érythrocytaire déterminant une activité métabolique moins intense.

Dans cette perspective, Flament et Rémy [58] proposent que **le garçon ayant un métabolisme basal plus élevé aurait une moins grande nécessité de recourir aux régimes** pour perdre du poids, d'où le moins grand risque d'échec et donc de répétitions de ces derniers. Or, cette répétition favoriserait le développement des troubles des conduites alimentaires selon un ensemble de mécanismes physiologiques, cognitifs et émotionnels.

Par ailleurs, Braun [19] suggère que **la moindre utilisation de laxatifs et d'anorexigènes pourrait**, entre autre, s'expliquer par une **plus grande facilité métabolique à perdre du poids** chez les hommes, qui ne nécessiteraient pas d'« aide » médicamenteuse.

2. La puberté comme facteur déclenchant

a) Les transformations corporelles

Chez la jeune fille, le développement pubertaire survient entre 10 ans et demi et 11 ans.

Elle entraîne un remaniement du corps qui, en dehors de la période initiale d'augmentation de la taille, commencent par l'apparition des seins, puis les poils pubiens apparaissent, les hanches s'élargissent, puis il existe une **augmentation de la masse grasse sous-cutanée** au niveau des fesses, de l'abdomen, des cuisses, des bras. La pilosité axillaire est de développement plus tardif. Ces changements sont dépendants de l'augmentation de l'hormone féminine, hormis la pilosité qui dépend de l'imprégnation androgénique.

La puberté, au plan physiologique, se termine par les premières règles qui surviennent deux à trois ans après les premiers signes pubertaires soit **vers 12 et demi, 13 ans.**

Chez le garçon, la puberté est ordinairement datée par les premiers poils pubiens vers 12 ans et demi, 13 ans. Elle débute en fait réellement vers 11 ans par des modifications et un accroissement des organes génitaux externes. Le développement se poursuit pour atteindre le **stade adulte vers 16-18 ans** alors que la pilosité faciale et thoracique apparaît. La **première éjaculation consciente** est le signe qui est mis en parallèle des premières règles, elle achève symboliquement la puberté, elle survient **vers 15 ans**. Parallèlement au gain statural, il existe une **augmentation de la masse musculaire** secondaire à l'activité de la testostérone. Elle se traduit par une modification de la silhouette via un élargissement préférentiel des épaules. L'augmentation de la masse grasse est bien moindre que chez la jeune fille et ne constitue pas un caractère spécifique de la puberté masculine.

D'une part, on a pu mettre en relation l'augmentation (probable) d'incidence de l'anorexie et de la boulimie avec l'abaissement de l'âge pubertaire : il a chuté d'environ quatre ans en un siècle dans les pays industrialisés. Le décalage entre la maturation sexuelle et la maturation cognitive et émotionnelle pourrait créer des tensions participant aux déterminismes des désordres alimentaires. Ainsi, **l'apparition de la puberté plus tardive de deux ans en moyenne chez le garçon que chez la fille laisserait à celui-ci davantage de**

temps pour développer des mécanismes intrapsychiques et comportementaux d'adaptation aux changements pubertaires (Crisp¹ ; Rémy et Flament [58]).

D'autre part, selon Crisp et Burns [49], l'augmentation de la masse grasse étant une spécificité de la puberté féminine, « seuls des hommes avec une identité mal définie peuvent malgré un poids normal devenir sensitif quant à leurs rondeurs et leurs féminité au point de réguler les aspects énergétiques par une restriction calorique ».

Nous reviendrons sur les aspects psychodynamiques et les liens avec les standards sociaux que déterminent ces transformations.

b) Les bouleversements hormonaux

(1) Le rôle protecteur de la testostérone ?

Bruch [20], se fondant sur la fréquence de la population masculine chez les anorexiques pré-pubères, y perçoit le rôle protecteur de la puberté via les effets psycho-biologiques de la testostérone : « la puberté masculine submergera le garçon, même s'il a un attachement servile à sa mère, d'un sentiment nouveau et puissant, fait d'une conscience de soi encore plus agressive, que l'avènement de la puberté lui permettra de s'affirmer à nouveau, ce dont il n'était pas capable lors de la prépuberté (d'où la plus grande fréquence de l'anorexie prépubertaire ». **La testostérone en augmentant le niveau d'activité et d'agressivité favoriserait plutôt le développement des troubles extériorisés. Ainsi pourrait s'entendre la plus grande prévalence masculine de la toxicomanie (Flament [58]).**

Par ailleurs, dans le sens d'un effet protecteur de la testostérone, Flament [58] rappelle qu'il a été mis en évidence qu'une baisse de la testostérone accompagnait une activité physique intensive. Or, les sportifs apparaissent comme une population « à risque » de troubles alimentaires.

Peut-on également comprendre ainsi en partie la forte prévalence de l'obésité prémorbide chez les garçons anorexiques ? D'une part, la masse grasse entraîne une sécrétion d'œstrogène et diminue ainsi la concentration relative de testostérone. D'autre part, Ritz [121] rappelle que la puberté survient de façon plus précoce chez les enfants à adiposité importante. Ainsi, la

¹ Crisp : anorexia nervosa : let me be, Londres, Grune and Stratton, 1980

précocité de la puberté ne permettrait pas, tout comme chez les jeunes filles vulnérables, les aménagements cognitifs et émotionnels d'adaptation aux changements pubertaires. Toutefois, aucune étude n'évoque l'âge d'apparition des premiers signes pubertaires chez les garçons anorexiques.

(2) Hormones féminines et poids : une vulnérabilité féminine pour les troubles alimentaires ?

Les variations menstruelles de la femme déterminent des dépenses énergétiques différentes selon la phase du cycle. En phase lutéale, l'imprégnation en progestérone entraîne un effet thermogène et une augmentation d'activité de l'ensemble des postes de dépense d'énergie sauf l'effet thermique des aliments. La différence entre la première phase et la seconde phase du cycle déterminerait une augmentation de cette dépense d'environ 100 kcals avec des variations allant de 1,5% à 9% en fonction des études et des différences interindividuelles. (Ritz [121])

Il existe une augmentation de la prise alimentaire à la phase lutéale même en l'absence de syndrome prémenstruel. Cette différence serait de l'ordre de 3 à 38%, en moyenne 10% ce qui est plus élevé que la dépense énergétique supplémentaire déterminée par la phase lutéale. La prise alimentaire est probablement influencée par la diminution du rapport oestradiol/progestérone en phase lutéale qui inhiberait l'effet de l'oestradiol qui lui-même inhibe la prise alimentaire. L'influence de cette phase lutéale sur le craving en glucides, n'est toutefois pas démontrée. En revanche, chez les femmes présentant des craving pour des aliments particuliers, ceux-ci sont plus fréquents et plus intenses en phase lutéale qu'en phase folliculaire. (Ritz [121])

Alors que la testostérone reste stable, les variations menstruelles chez la femme favorisent les variations thymiques. Flament [58] rappelle que ces variations entraîneraient des épisodes boulimiques dans 40% des cas selon l'étude de Steiger¹.

¹ Steiger et coll.: Anorexia and bulimia in males: lessons from a low-risk population". Can. J. psychiatry, 1989:34

Au total:

- **La perspective biologique souligne l'influence du système sérotoninergique** dans la régulation de la prise alimentaire. Les « gender dimorphisms » du système sérotoninergique détermineraient une vulnérabilité biologique plus volontiers féminine.
- **La composition corporelle masculine, en ce qu'elle détermine une dépense énergétique plus importante chez l'homme,** viendrait peut-être rendre compte des moindre moyens utilisés (laxatifs, diurétiques et anorexigènes) pour permettre la perte de poids.
- **Les transformations physiques et hormonales déterminées par la puberté** pourraient rendre compte de certaines particularités de l'anorexie mentale selon le sexe.
- **Un effet protecteur de la testostérone** sur l'apparition de l'anorexie mentale a été suggéré, puisqu'elle favoriserait l'expression de troubles extériorisés.

Toutefois, l'influence de ces bouleversements biologiques pubertaires incontestables ne peut probablement s'entendre qu'à travers leur articulation avec les modifications qu'ils déterminent sur le plan psychologique mais aussi social.

D. LES FACTEURS SOCIAUX

L'influence des facteurs sociaux peut-elle déterminer ou favoriser ce choix d'objet si typiquement féminin ? La « société » a, en tout cas, souvent été incriminée comme facteur déterminant pour comprendre et expliquer les troubles du comportement alimentaire chez les femmes. Il semble, quelque soit la réalité de ces affirmations, en tout cas, nécessaire de s'interroger sur ces facteurs sociaux, au sens où ils colorent incontestablement le rapport qu'entretient le sujet avec son corps, avec lui-même et avec les autres et ce différemment selon que l'adolescent soit fille ou garçon. C'est à travers cet angle directeur que nous tenterons avant tout d'y trouver des liens avec l'expression symptomatique de l'anorexie mentale chez l'homme. De plus, nous réfléchirons à l'influence de ces facteurs dans la genèse de la pathologie et de ce qu'ils peuvent apporter de compréhension à l'anorexie masculine.

1. Modèles sociaux et comportements liés au corps chez les sujets jeunes

a) Les attitudes éducatives en fonction du sexe

Selon Jeammet¹, les garçons seraient en général moins anorexiques compte tenu d'une maîtrise et d'un maniement de l'agressivité socialement admise chez le garçon. La fille serait ainsi davantage entravée dans son processus de séparation-individuation et donc plus sujette aux symptômes anorexiques que le garçon.

b) Modèle social, genre et alimentation

Corcos [47] souligne qu'une des dimensions centrales des variations épidémiologiques est celle du **déplacement de la culpabilité traditionnellement centrée sur la sexualité vers l'alimentation.**

Ainsi une enquête sociologique (Fischler [57]) portant sur vingt entretiens semi-directifs et trois réunions de groupe fait apparaître qu'il existe des différences très claires dans le rapport à l'alimentation entre hommes et femmes.

¹ Jeammet : L'anorexie mentale, 1985 : Paris, Doin

Pour les femmes, le rapport à l'alimentation est marqué par une « **conflictualité violente** » où prédominent dans leur discours les dimensions de « **perte de contrôle** » et de **culpabilité**. « Ce qui se joue dans leur capacité à résister à la tentation alimentaire, c'est leur apparence et leur séduction ».

Les hommes voient davantage dans l'alimentation un instrument de sociabilité et de gratification. Ils manifestent « *une plus grande insouciance* » et accordent « *une grande importance aux plaisirs de la table* ». Cependant à partir de 40 ans, ils laissent percer dans leur discours sur l'alimentation une angoisse de mort, évoquant le lien entre alimentation et maladies cardio-vasculaires (Fischler, [57]). Ces observations peuvent être rapprochées des justifications parfois avancées par les garçons pour justifier leur conduite de restriction : une crainte des maladies cardio-vasculaires qui les pousserait à s'imposer une alimentation saine.

Par ailleurs, chez les adolescents, les attentes sociales quant à l'alimentation sont différentes en fonction du sexe. Les garçons « *valoriseraient l'absorption de grande quantité de nourriture, les filles l'expression quasi-phobique de leur aversion pour la nourriture* » (Remy¹). A ce sujet, les enquêtes montrent que les garçons débutent une pathologie boulimique par des hyperphagies, quand les filles commencent par un régime. Par ailleurs, les épisodes d'absorption alimentaire de type hyperphagique sont suivis chez les jeunes femmes par une culpabilité et nommés comme des épisodes boulimiques, alors que chez les jeunes hommes ils ne seront pas reconnus comme tels (Flament [58]).

c) Normes sociales, corps et genre

(1) Les stéréotypes culturels liés à l'esthétique corporelle : minceur versus V-Shape

(a) La valorisation de la minceur chez les femmes

Il semble que « *le discours sur le poids [soit] une dimension centrale de la sociabilité féminine adolescente* »² (Darmon [50]). En 1990, Mickalide et Andersen [103] notent, que les magazines les plus lus chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans abordent dix fois plus le thème du régime que les revues destinées aux jeunes hommes du même âge. Andersen [9]

¹ Remy : Troubles du comportement alimentaire et féminité. Humeurs. 1990 ; 4, 12-18

² Nichter, 2000 cité par Darmon

souligne, que ce **rapport de 10/1 correspondrait parfaitement au ratio féminin/masculin** concernant les troubles alimentaires. Il semble que ces normes soient opérantes parmi les adolescentes. Ainsi, dans leur très grande majorité, les filles entre 18 et 20 ans se trouvent « trop grosses », **désirent être plus minces et recherchent la « tonicité », en premier lieu des cuisses, ventre, hanches, fesses.** (Parnot [112]).

(b) Le « V-Shape » comme modèle masculin

Mickalide [103] rapporte que les magazines masculins, au contraire, se focaliseraient sur **la forme physique** (body building, tonus musculaire) et **valoriseraient la pratique du sport.** L'étude de Middelman¹ rapporte que les garçons souhaitent de façon spécifique **augmenter le volume musculaire du haut du corps : bras, pectoraux, épaules.** De la même façon, une étude de Kearney-Cook [82] portant sur l'image du corps retrouvent chez des jeunes hommes de 17 à 37 ans, recrutés dans la population générale, que la forme du corps valorisée est celle du **physique mésomorphique ou V-shape.** Il s'agit d'avoir « *les épaules musclées, puissantes et larges* » associées à une « *taille fine* ».

Aujourd'hui, les garçons comme les hommes interprèteraient ces normes de façon positives et les associeraient au « *pouvoir, à la domination, à la virilité et l'estime de soi* » (Pope, 2000 cité par Baghurst [11]).

(2) Influences des stéréotypes sociaux sur les comportements liés au corps

D'une façon générale, les jeunes femmes ont un regard plus critique et plus dévalorisant sur leur corps que les hommes. Ainsi, Furnham [61] retrouvent, **dès 12-13 ans**, que l'image que les filles ont de leur corps est particulièrement éloignée de l'image d'un corps qu'elles considèrent comme idéal. Chez les garçons du même âge, l'image du corps réel et le corps idéal se confondent quasiment, suggérant que ceux-ci seraient moins insatisfaits de leur corps.

Une autre étude concernant les jeunes adultes de la population générale (19,7 ans en moyenne), retrouvent que les désirs de modifications de l'apparence corporelle concerneraient 50% des garçons et 70% des filles (Neumark-Sztainer [107]). Toutefois, des différences significatives apparaissent. Les **jeunes femmes souhaitent maigrir**, quelque soit leur poids et

¹ Middelman, 1998, cité par Parnot [112]

l'insatisfaction corporelle est inversement corrélée au poids selon une courbe droite. **Chez les garçons, 34% de ceux qui ont un poids considéré comme normal souhaitent en prendre.** L'insatisfaction corporelle était corrélée à l'obésité (poids supérieur au 95^e percentile de BMI) ou à un poids inférieur au 15^e percentile selon une courbe en U. Parnot [112] retrouve que les filles en surcharge pondérale sont 95% à vouloir maigrir, contre seulement 50% des garçons. **D'une façon générale, la volonté de prendre du poids chez les garçons déterminent une volonté de gagner en volume musculaire** (Furnham [61], Parnot [112]).

Les conduites de transformations corporelles sont significativement plus fréquentes chez les filles.

Ainsi, Andersen [9] considère que **la prévalence plus volontiers masculine de la surcharge pondérale précèdent la conduite anorexique résulterait « de processus d'apprentissage sociaux divergents »** qui font que les hommes se perçoivent suffisamment gros pour débiter un régime quand ils atteignent un poids significativement plus haut que les femmes.

Les femmes cherchent à mincir via le sport ou la restriction alimentaire, cette dernière serait moins fréquente chez les garçons (Neumark-Sztainer [107]). La pratique du sport s'inscrit chez les garçons dans une recherche de bien-être et de socialisation, parfois dans une tentative d'augmenter leur masse musculaire. Les jeunes filles l'investissent comme un moyen de perdre du poids et de contrôler leur humeur (Furnham [61]).

Notons également que le désir de musculation chez l'homme est moins corrélé à des pratiques alimentaires déviantes. En revanche, les jeunes filles qui se désirent extrêmement minces, ainsi que celles qui s'engagent dans une pratique sportive en vue de maigrir, présentent des scores plus élevés à l'EAT (Furnham [61]). De façon concordante, la lecture de magazines féminins serait corrélée à la fréquence des troubles de l'image du corps et de comportements alimentaires inadaptés. Les jeunes hommes liraient plus volontiers des revues de fitness et de forme. Dans ce cas, ils seraient plus significativement sujets à l'insatisfaction corporelle que les lecteurs de magazine de sport. **Ils s'engageraient alors, non pas vers des pratiques alimentaires inadaptées, mais vers des comportements visant à augmenter la musculature (musculation, dopants).**

Enfin, filles et garçons, à l'adolescence, sont préoccupés de leur corps et sensibles aux stéréotypes sociaux qui modulent, selon le sexe, l'expression des conduites de transformation corporelle. L'insatisfaction corporelle est toutefois plus fréquente chez les jeunes femmes et se focalise sur la recherche d'un corps mince, via des comportements alimentaires inadaptés. Chez les hommes lorsqu'elle existe, elle se focalise plutôt sur la forme du corps. La volonté de se rapprocher au plus près d'un idéal masculin (épaules larges, taille étroite) passe par des exercices intensifs de musculation voire par la prise de dopants.

Dans une dimension psychodynamique, Schmidt et Rouam [125] suggèrent que l'acceptation générale de l'idéal de minceur chez la jeune fille doit être rapprochée de l'angoisse éprouvée devant les transformations corporelles, bien plus radicales chez elle que chez le garçon. La recherche de minceur tend à freiner le développement des seins, des hanches, des cuisses qui est souvent une source d'inquiétude particulièrement vive.

Au total, concernant l'anorexie mentale, il est frappant de constater que la symptomatologie comportementale répond parfaitement à ces stéréotypes sociaux. La jeune fille oriente toute son activité mentale et physique à devenir toujours plus mince. Le garçon est inquiet de la forme de son corps et tente de coller au plus près à l'idéal corporel masculin, associé à un idéal de puissance et de pouvoir. Son investissement sportif vient encore confirmer son appartenance au sexe masculin concernant les méthodes de transformations corporelles.

Tentative de différenciation sexuelle alors que la conduite anorexique efface les différences corporelles ? Tentatives de rationalisation de sa pathologie ? Soutenue et justifiée par la recherche de minceur ou par la recherche d'un corps musclé, la dimension pathologique sera alors longtemps méconnue. Tentative d'identification au masculin dans sa forme la plus caricaturale afin de se défendre d'identifications féminines prévalentes ?

(3) Le corps féminin comme objet préférentiel de valorisation narcissique ?

Le corps féminin semble faire l'objet d'un investissement narcissique considérable (tant sur le plan social que dans ses déterminants psychodynamiques) ainsi que d'un investissement « objectal » par le groupe social.

Darmon [50], citant Mac Sween, pointe que le corps féminin est socialement défini et imposé comme « *moins fini, moins achevé que le corps masculin, comme devant être constamment travaillé avant d'être présenté aux autres* ». **Plus que les hommes, les femmes sont dans l'obligation de « produire » leur corps pour en faire « un objet acceptable aux yeux d'autrui », en résonance avec ce qui se passe sur le plan psychodynamique: la problématique narcissique de la femme se joue au niveau de l'apparence avec une fréquente utilisation défensive du corps (Corcos [47]).**

Les normes de transformation corporelles, sociales mais aussi de genre, sont opérantes, probablement plus qu'à d'autres moments du cycle de vie féminin chez les adolescentes : « *l'injonction à travailler son corps, à le modifier et à l'amaigrir est particulièrement prégnante car l'adolescence est socialement construite comme un âge corporel où la modification est possible* » (Darmon [50]).

Les études soulignent en effet, que dès l'adolescence, le corps féminin est l'objet d'un investissement narcissique particulier. D'une part, la façon, dont les jeunes femmes se sentent dans leur corps, semblent conditionner leur bien-être général (Furnham [61]). D'autre part, notons que les jeunes femmes, plus volontiers que les jeunes hommes, investissent leur corps dans sa capacité à séduire le sexe opposé (Parnot [112]). La recherche de minceur s'inscrit dans une tentative de répondre aux désirs des hommes (Harvey [72]). Ainsi un corps « *fin, élancé et mince* » est valorisé par les femmes comme par les hommes (Kerney-Cook [82]). Selon Harvey [72], au contraire des hommes, elles attacheraient par ailleurs plus d'importance à leur apparence qu'à celle de leur partenaire.

Concernant l'anorexie mentale :

- **L'intensité de la valeur narcissique dévolue au corps chez la femme** ainsi que la dimension spéculaire permet d'évoquer une **analogie avec le corps anorexique** : il est le carrefour de la problématique narcissique en même temps qu'il est « donné à voir ».
- D'autre part, **cet investissement du corps féminin permet-il de rendre compte de la forte prévalence féminine de l'anorexie mentale?** La minceur et l'apparence physique apparaissent, pour la femme, comme des critères d'évaluation de la valeur personnelle. La valeur de l'homme en revanche s'exprime par le corps masculin, mais aussi, peut-être plus que chez la femme, via des marqueurs sociaux (statut social, métier, argent) qui viennent compenser les critères corporels.
- Toutefois, **un mouvement identique se précise chez l'homme**, déterminant une quête du masculin à travers la recherche d'un corps « exceptionnellement » musclé.

(4) Le corps, nouvel objet de valorisation narcissique chez l'homme ?

Cette spécificité féminine (selon Darmon), ne semble plus tout à fait exacte. En fait, le corps comme « *lieu privilégié de figuration et de représentation de soi* » (Corcos [47]) n'est probablement plus l'apanage des femmes.

Nous avons en effet pu constater, par la comparaison entre les études actuelles et les études plus anciennes (Huon, 1986 ; Kleges, 1987 ; Rosen, 1987 tous trois cités par Mickalide [103]), concernant à la fois les stéréotypes culturels et l'insatisfaction corporelle, que cette **valorisation narcissique du corps semblait ne plus être tout à fait l'apanage des femmes.**

Reflétant cette nouvelle particularité, Cohane et Pope [41] pointent que **la littérature s'intéressant à l'image du corps chez les adolescents de sexe masculin** est un objet d'étude pour les cliniciens depuis le début des années quatre-vingt-dix seulement. Cette « *littérature de première génération* » met en évidence que **l'idéal masculin se décale progressivement de la « réalité physiologique » du corps.**

Ainsi, Baghurst [11] en 2006, considère que la silhouette des figurines représentant les héros préférés des enfants (tels que GI Joe, Batman, Ken...) reflète les stéréotypes culturels

concernant l'esthétique corporelle chez l'homme. Il examine ainsi sur les vingt-cinq dernières années les modifications de leur silhouette. Selon lui, les **figurines actuelles sont démesurément musclées**. La totalité des parties du corps a augmenté de volume avec un rapport poitrine sur taille augmenté, allant dans le sens d'un **modèle corporel « irréaliste » marqué par des épaules démesurément larges et musclées pour une taille particulièrement fine, selon une forme corporelle en V**.

Finalement, Harvey [72] souligne que l'écart entre le corps réel et le modèle idéal proposé détermine l'intensité de l'insatisfaction corporelle chez les adolescents.

Le stéréotype féminin valorisé socialement est paradoxal : la recherche de minceur de la « zone méditerranéenne » contraste avec une insatisfaction concernant la poitrine que les jeunes filles souhaiteraient avant tout plus volumineuse (Parnot [112]). Il va dans tous les cas à l'encontre des déterminants de la puberté féminine. Celle-ci s'accompagne de remaniements corporels dans le sens d'une prise de poids, d'une augmentation de la masse grasse essentiellement au niveau de la « zone méditerranéenne ».

Au contraire, la puberté du garçon détermine des transformations corporelles valorisées socialement (l'augmentation de la masse musculaire et l'élargissement des épaules) et lui permettrait, dans cette optique, de se rapprocher plus facilement de l'idéal masculin, et d'être ainsi moins sujets à l'insatisfaction corporelle. Toutefois, concernant les nouveaux standards esthétiques chez les garçons, Baghurst [11], souligne que les proportions ainsi déterminées ne peuvent s'obtenir dans la réalité. Pour correspondre à de tels critères, le physiologique ne suffit plus. Le sujet doit s'orienter dans des pratiques corporelles intensives et néfastes, telle qu'une activité de musculation intensive et une aide métabolique artificielle.

Or, ces standards sociaux influencent probablement bien plus les conduites alimentaires dites « déviantes » de l'adolescence ainsi que les formes subcliniques, que les formes avérées d'anorexie mentale. (Corcos [46], Marcelli [99]).

Les pratiques de restriction alimentaire sont plus volontiers féminines. Elles sont probablement déterminées par une certaine norme de transformations corporelles mais prennent sens au regard des déterminants de la puberté féminines et des angoisses liées aux transformations corporelles.

Les troubles subcliniques marqués par le dimension boulimique chez le garçon semblent déterminés par le rapport que les jeunes hommes entretiennent avec la nourriture. Valoriser

l'absorption de grande quantité les inscrit dans le groupe de pairs du même sexe, sans déterminer de sentiment de culpabilité. D'autre part, la **relative** fréquence de l'anorexie mentale sub-clinique masculine peut-elle s'entendre à travers ce nouvel idéal corporel qui d'éloigne du corps physiologique ? Le V-Shape dans sa forme caricatural nécessiterait un certain ascétisme sportif et alimentaire qui pourrait prendre l'allure d'une conduite anorexique.

Au total:

- **Les facteurs sociaux déterminent des stéréotypes liés à l'alimentation et au corps chez les adolescents : l'adhésion plus ou moins souple à ces standards sociaux permet l'inscription dans le groupe de pairs, standards qui apparaissent comme des repères identificatoires nécessaires dans la construction de l'identité sexuelle.**
- **La symptomatologie anorexique chez la femme comme chez l'homme semble teintée des normes du groupe social dans lequel elle s'inscrit.**
- **L'investissement narcissique du corps féminin sur le plan social (mais aussi en écho aux déterminants psychologiques de la sexualité féminine) explique probablement la fréquence des pratiques de transformation corporelle chez celles-ci.**
- **Toutefois, la modification du modèle d'idéal masculin, s'écartant du corps réel, révèle un nouvel investissement de l'apparence comme support de valorisation narcissique.**

Peut-on alors envisager que le corps masculin devienne plus volontiers le support des difficultés narcissiques et identitaires sous-jacentes ? Ainsi, dans le champ des addictions notamment, les atteintes corporelles sont plus volontiers féminines (automutilations, tentatives de suicide à répétition et bien sûr anorexie et boulimie). Observera-t-on, des manifestations symptomatiques prenant le corps masculin directement à témoin des difficultés narcissiques ?

2. Anorexie mentale et stéréotypes sociaux : une vulnérabilité féminine ?

Nous tenterons de réfléchir à l'influence des stéréotypes sociaux sur le développement des troubles alimentaires. La forte prévalence féminine est en effet souvent venue confirmer l'implication des modèles sociaux dans la genèse de la pathologie, au premier rang desquels la valorisation de la minceur. Il est vrai, comme le souligne Brusset [26] qu'on ne peut pas « à notre époque, ne pas s'interroger sur les rapports de la maigreur anorexique avec le stéréotype culturel de la minceur ».

a) **Paradoxes, sociétés occidentalisées et fonctionnement addictif**

L'appartenance à une culture occidentale est considérée comme un « facteur de risque fixe » de développer un trouble du comportement alimentaire (Corcos [45]). La quasi-absence de la pathologie dans les pays en voie de développement et l'augmentation apparente de l'incidence des formes sub-syndromiques, chez la jeune fille et probablement chez le garçon, a amené s'interroger sur **l'implication des modèles sociaux occidentaux dans la genèse de la pathologie**. Ainsi, Corcos [47] souligne que les sociétés occidentales qui « procurent sécurité et satiété sont plus volontiers touchées par l'anorexie mentale. L'assimilation des valeurs occidentales, dans certaines cultures autrefois épargnées s'accompagne d'une élévation des préoccupations pondérales et corporelles et de l'accroissement des troubles des conduites alimentaires. » Les adolescentes maghrébines dont « les familles en émigrant se sont mises à l'abri du besoin en matière d'alimentation » sont aujourd'hui touchées.

Ainsi, **la société « avide, consommatrice »** engage tout un chacun « à se goinfrer, à se remplir et à jouir, mais le modèle dominant est à l'opposé de ce résultat. L'être idéal doit être mince et pur, parfait : en un mot ascète. C'est-à-dire qu'il sait résister, se dominer, garder la maîtrise et être omnipotent. » (Gueguen [66]). **Entre avidité et restriction, désir et maîtrise, le modèle social est une analogie troublante de ce qui se passe dans l'anorexie mentale,** tant sur le plan alimentaire que relationnel.

Tout aussi paradoxale, la société occidentale « prône une autonomie de plus en plus précoce et complète et dans le même temps prolonge les systèmes de dépendance, paradoxe renforcé par la précocité progressive de la puberté ainsi que par le désinvestissement social progressif des rituels de passage » (Venisse [143]). **Ce paradoxe se rapproche volontiers de**

la contradiction addictive, où la dépendance comme l'autonomie apparaissent insupportables.

L'évolution en occident a également entraîné le développement **d'une société « donnant la priorité aux images aux détriments de la mise en mots et en récit »** favorisant selon Corcos [47], les « *pathologies de l'idéalité* » (états limites, troubles narcissiques). Les mouvements opérés ont préférentiellement touché le corps, « *lieu privilégié de figuration et de représentation de soi* » [47]. Cette société de l'image magnifie l'aspect physique et confère à l'image du corps une place et un poids narcissique considérable. L'apparence devient le moyen privilégié de valorisation narcissique, en même temps que les standards sociaux sexués s'estompent.

Cette valorisation du corps qui touche aussi bien les hommes que les femmes s'inscrit dans un mouvement d'androgynisation. Les stéréotypes sociaux estompent aujourd'hui la différence des sexes, dans un mythe « *non pas de l'égalité mais de la non-différence des sexes* » (Chambry [38]). « *La virilité et la féminité se sont faites plus subtiles [...], mais elles s'affichent avec une ambiguïté redoutable qui suppose une parfaite maîtrise de soi, une identité psychosexuelle clairement établie* » (Gueguen [66]). Ce mouvement d'effacement des différences ne peut qu'évoquer leur « abrasion » entre filles et garçons anorexiques, tant sur le plan alimentaire que de l'apparence corporelle. **Toutefois, la tendance plus marquée chez l'homme à investir des modèles « hyper-masculins », quand la jeune fille cherche, en apparence, à répondre à la recherche de minceur plus « socialement » féminine, s'inscrit-elle comme une ultime tentative de différenciation ?**

Or, comme le souligne Gueguen [66], c'est surtout le statut de la femme qui a été soumis à des changements importants ces cinquante dernières années. Dans ce jeu social des apparences, l'idéal féminin est soumis au paradoxe de la nécessité d'être à la fois « *gage de séduction, promesse d'amour et de plaisir, de douceur et de tendresse* », autant dire « *charnel et maternel* » en même temps que mince voire maigre : « *c'est-à-dire, travailler, faire du sport, décider, contrôler son destin et les autres* ». Cela témoigne pour la femme « *d'être à la fois homme et femme* » (Gueguen [66]). Cette représentation du corps a une forte influence. « *C'est un modèle ambigu qui capte les aspirations de la jeune fille* ». « *La femme phallique non castrée est un modèle à imiter voire à surpasser* ». Ce modèle n'aurait, pour Gueguen

[66], pas d'équivalent masculin, « *sans doute parce que le statut de l'homme n'a pas connu autant d'évolution au cours de ces cent dernières années* »

« *Il y a donc là un processus qui dépasse le plan de la psychopathologie individuelle. Les troubles du comportement alimentaire comme l'ensemble des addictions (alcoolisme, toxicomanie) et les autres conduites agies sont imprégnés du champ du social et l'infiltrent en retour.* » (Corcos [47])

Enfin, par la « mise en scène sociale » de cet antagonisme narcissico-objectal typique de l'adolescence, par la perte des repères sociaux qui laisse toute liberté de choix, les adolescents soumis à ces paradoxes particulièrement violents, trouvent là une « scène » favorable et propice à l'expression corporelle sur un mode addictif d'une potentielle vulnérabilité narcissique

b) La perspective féministe

Oubliant l'existence de l'anorexie chez le garçon, l'approche féministe a incriminé la condition des femmes dans une société dominée par les hommes qui pourrait se résumer de la sorte : « *grève de la faim contre grève de la femme ?* » (Brusset [23])

L'anorexie mentale constituerait un **refus de la féminité ou plus exactement de son modèle psychosocial** dans sa dimension de passivité, contrecarrée par la maîtrise. Si bien que jeûneuses médiévales et anorexiques modernes seraient deux analogues « *psychologiquement motivées* » par une même recherche d'identité et d'autonomie dans des sociétés qui oppriment les femmes : « *en ce sens la réponse anorexique est éternelle* »¹

Toutefois, la modification du statut et des rôles féminins a forcément nécessité de nouvelles interprétations. « *Aux rôles féminins traditionnels de passivité et de dépendance, de sacrifice personnel s'ajoutent des exigences contradictoires de réussite et d'indépendance* ». Si bien que l'anorexie mentale, en tant qu'elle la transforme en « *femme phallique non castrée* » (Gueguen [66]) serait un moyen pour la femme, de résoudre les conflits liés à ces

¹ Belle, citée par Tordjman [136] et Darmon [50]

attentes contraires que la maladie pourrait permettre de satisfaire simultanément. Il s'agirait alors au contraire **d'une hyper-adaptation au modèle dominant.**

Brusset [23] infirme ces hypothèses, puisqu'il est selon lui difficile de considérer qu'il se serait agi, autrefois, d'opposition et, aujourd'hui, d'adhésion à un modèle social dominant, alors même que la sémiologie de la maladie était quasiment identique.

c) La valorisation de la minceur : quels liens avec la forte prévalence féminine de l'anorexie mentale ?

La pression sociale véhiculée par les médias et qui s'exerce sur les femmes autour de l'image du corps et du poids concourrait au développement des troubles alimentaires (Corcos [45]). Dans cette perspective, reprise par de nombreux auteurs, les pressions culturelles valorisant un idéal féminin de minceur, synonyme de popularité et de réussite, favoriserait le développement des troubles du comportement alimentaire (Botta [17]).

Soulignons avant tout, que **les descriptions princeps de Lasègue et Gull ne mentionnaient ni la peur d'être grosse, ni la recherche effrénée de la minceur maintenant considérées comme centrales à la sémiologie de cette pathologie.** « *Il paraît douteux que de tels symptômes aient pu échapper à leur sagacité* » (Chabrol [35]) et on peut alors se demander « *si l'idéalisation culturelle de la minceur ou d'autres facteurs ne les a pas tardivement ajoutés au syndrome clinique* ».

(1) Une approche sociologique de l'anorexie mentale

Muriel Darmon [50] précise que l'inscription du diagnostic d'anorexie mentale dans les taxinomies médicales survient alors que « se modifient les représentations et les usages du corps ». A cette époque, « *non plus l'abondance mais la modération devient signe de raffinement, de prestige et de distinction et disqualifient dans un même mouvement les corps gros ou épais, renvoyés à la vulgarité* ». Selon elle, « *nous avons hérité de cet espace social des corps féminins* ». La maladie apparaît d'ailleurs chez des jeunes filles « de bonne

famille » concernées par ces critères de « raffinement » alors que l’embonpoint reste un signe valorisé dans les classes populaires.

Selon l’approche sociologique développée par Muriel Darmon [50], le « travail anorexique de transformation de soi », en tant que pratiques corporelles, alimentaires et culturelles, constitue **une tentative de « se distinguer de la normalité vers une excellence sociale »**. En effet, elle pointe que les « *aliments consommés sont du côté des goûts dominants dans le diagramme de l’espace des consommations alimentaires* » : la sélection se fait du côté du « fin » et du « raffiné », les aliments restreints sont ceux qui caractérisent « *les goûts populaires* ». Finalement, il s’agit de sélectionner certains aliments en fonction de leur propriétés caloriques et sociales. L’hyperactivité intellectuelle s’inscrit dans « *une appropriation active de l’école [...], un usage de soi particulièrement intense dans le cadre scolaire suscité dans des circonstances historiques où la réussite scolaire est la seule voie de l’émancipation intellectuelle (nouvelle richesse féminine).* »

« Le corps comme capital distinctif total, devient le support de la distinction sociale et du même coup l’objet privilégié du travail de transfiguration culturelle. [...] Le corps distingué peut jouer comme cristallisateur de la valeur sociale de la personne. » (Darmon [50])

Or, le poids serait **un marqueur social plus clivant pour les femmes que pour les hommes**. Pour les hommes, l’éventail de poids selon leur milieu social paraît assez resserré (2,8kg), alors que les femmes déclarent des poids plus différenciés selon leur milieu. A âge et taille comparables, 5,6 kg séparent le poids des femmes cadres et professions intellectuelles supérieures, du poids le plus élevé des femmes de milieu ouvrier. C’est d’abord et surtout la taille qui opposerait hommes cadres et ouvriers (Darmon [50]). Des résultats similaires sont retrouvés par Mickalide [103] parmi la population américaine. Ainsi, les hommes des classes sociales moyennes et élevées sont 26 à 28% à présenter une surcharge pondérale contre 20,7% dans les classes sociales plus faibles. Chez les femmes, la tendance est inversée. Près d’un tiers de celles appartenant aux classes les plus faibles sont obèses et seulement 12,7% des classes sociales les plus élevées. Le poids est inversement corrélé aux revenus personnels ou familiaux selon une courbe droite.

Selon une des approches sociologiques de l’anorexie mentale, une perte de poids représenterait, pour la femme, « une version corporelle d’une ascension sociale ». Or, les hommes n’ont que peu de moyens de travailler et de produire leur propre version

corporelle de l'ascension sociale. « *Ce qui est différenciateur socialement sans être travaillable pour les hommes est différenciateur de manière modifiable pour les femmes* » (Muriel Darmon [50]). Par ailleurs, on pourrait peut-être rapprocher de ces éléments, le fait que les jeunes filles soient volontiers issues de milieux aisés quand les hommes semblent venir de classes sociales plus diverses.

(2) Les groupes dits « à risque »

Selon une perspective explicative « directe », certains ont incriminé les pressions concernant la minceur chez les femmes. Ainsi, l'exposition à des corps idéalement minces dans les magazines féminins favoriserait l'insatisfaction corporelle et, de là, les symptômes alimentaires¹ (Botta [17]). D'autre part, les études épidémiologiques mettent en évidence des « populations à risque » comme celle des danseuses ou des mannequins chez les femmes, comme celles des homosexuels ou des sportifs chez les hommes. Dans l'ensemble de ces professions et de ces activités, l'esthétique corporelle et la maîtrise du corps sont largement valorisées. **Ces groupes masculins dits à risque ont en commun de déterminer une « subculture » où le corps est investi d'une façon qui peut rappeler l'investissement corporel dans la « culture » féminine.** Toutefois, le risque est statistique et la vulnérabilité peut se comprendre dans les deux sens. Les sujets vulnérables auraient-ils tendance à s'investir dans ce genre d'activité où ils verraient plus volontiers s'épanouir leur trouble ?

(3) Vulnérabilité personnelle aux normes sociales

Toutefois, au carrefour de la norme sociale et de la pathologie apparaît la question de l'insatisfaction corporelle qui serait un facteur de risque de développer un trouble du comportement alimentaire (Chabrol [35]). Elle semble étroitement liée à l'écart entre le corps réel et le corps idéal. Elles toucheraient 60% des adolescentes et 50% des jeunes hommes (Neumark-Sztainer [107]). **La très grande majorité d'entre eux ne développent pas de troubles alimentaires avérés.**

Il existe, en revanche, **un lien statistique entre la profondeur de l'insatisfaction corporelle et la présence de symptômes alimentaires** (recherche intense de minceur via des

¹ Harrison, 2000 cité par Botta [22]

épisodes de jeûne et de restriction, vomissements, utilisation de laxatifs et de diurétiques, utilisation d'anorexigènes) sans toutefois préjuger d'un diagnostic avéré (Neumark-Sztainer¹).

Il existe en fait une relation plus directe entre **insatisfaction corporelle et basse estime de soi, elle-même corrélée de façon prédictive à l'apparition de troubles alimentaires** (Keel², Léon³). Pour ce dernier auteur, les autres facteurs prédictifs les plus marquants seraient, une forte émotionnalité avec des affects négatifs et un défaut des capacités introspectives. En effet, il existerait, selon Vindreau et Ginestet⁴ « un fond dysphorique » que la conduite alimentaire viendrait apaiser avant de l'aggraver ensuite.

D'ailleurs, Brusset [24] pointe que « le syndrome était étrangement identique [hormis la recherche effrénée de la minceur] il y a un siècle et probablement antérieurement ». « Force est de conclure que sa spécificité mentale a une réalité plus contraignante que les aléas de l'adaptation. »

Pour lui, la valorisation sociale de la minceur peut « *sinon induire, du moins renforcer et surtout banaliser, rationaliser la pratique de restriction alimentaire. Si bien que cette restriction, justifiée par une recherche de minceur, peut passer longtemps inaperçue* », dans le déni du pathologique, par la malade elle-même, son entourage familial et social. Nous pensons que de la même façon chez l'homme, la recherche de performances et la volonté de correspondre au modèle masculin musclé peut facilement venir rationaliser la conduite.

d) Tentatives d'articulation

« *Le facteur culturel est-il de l'ordre du déterminisme, de l'incitation au choix du symptôme ou de la rationalisation* » ? (Brusset [26])

¹ Neumark-Sztainer D.: Does body satisfaction matter? Five year longitudinal associations between body satisfaction and health behaviors in adolescent females and males. J. Adolescent Health 39, 2006, 244-251

² Keel: Disordered Eating precursors in Pre and Early Adolescent Girls and Boys. J. Youth and Adolescence, Vol. 26, N°2, 1997

³ Leon: Three to four year prospective evaluation of personality and behavioural risk factor for later disordered eating in adolescent girls and boys. J. Youth and Adolescent, Vol. 28, N°2, 1999

⁴ Vindreau et Ginestet : « les effets des psychotropes lors des troubles des comportements alimentaires » in confrontations psychiatriques, 31, 257-279, 1989

(1) La perspective psycho-biologique

Les stéréotypes sociaux ou les nécessités professionnelles, en même temps que les déséquilibres nutritionnels de certaines habitudes alimentaires (suppression des repas, facilité d'accès aux aliments) encourageraient chez les filles les restrictions alimentaires. Elles-mêmes favoriseraient, sur une base biologique et cognitivo-comportementale, le développement des troubles du comportement alimentaire. **Parallèlement, le même modèle est proposé chez les hommes soumis, de par leurs obligations sportives ou professionnelles à des comportements de maîtrise du poids via l'exercice physiques intensifs.**

Une perspective biologique et comportementale permettrait de rendre compte de l'influence des comportements répétés de maîtrise du poids, soit par la restriction alimentaire, soit par l'exercice physique intensif ou par les deux, sur l'avènement d'un trouble du comportement alimentaire. Cette perspective rendrait compte du lien entre stéréotypes sociaux, favorisant les comportements de transformations corporelles plus volontiers féminins, et troubles alimentaires.

Ainsi, les comportements de diète et les exercices physiques répétés entraîneraient un certain nombre de renforçateurs personnels et sociaux positifs qui entraîneraient eux-mêmes une pérennisation des comportements. Sur le modèle comportemental, la pratique d'un exercice physique régulier entraîne une baisse de l'appétit qui elle-même a pour conséquence une diminution de la valeur accordée à la nourriture. Cette dernière entraîne une restriction alimentaire et par conséquent à une perte de poids qui elle-même conduirait à ce que l'individu accorde d'autant plus de valeur à son activité physique qui serait alors augmenté. On se retrouve alors devant **un cycle auto-entretenu**, sur le plan comportemental mais aussi biologique (Kohl [88]) (nous y reviendrons plus en détails).

(2) L'angle psychodynamique

Selon Brusset [26], « les standards sociaux interviennent en formalisant et diffusant des significations culturelles liées rôles de genre ». Finalement, « la culture, par delà la subculture familiale, contribue surtout à l'adolescence à dessiner les traits de l'idéal du moi ».

Corcos [47] nous rappelle, que « l'articulation entre normes sociales et comportements individuels suppose une série de relais parmi lesquels la famille en est la plaque tournante ».

L'idéalisation de la minceur et l'androgynie dans l'anorexie mentale traduisent une certaine « *soumission aux stéréotypes culturels* », soumission favorisée par **la fragilisation actuelle de la structure familiale**. Ainsi, l'adolescent est parfois obligé de chercher des « *sources d'identifications [uniquement] exogènes* ». Lorsque, dans la famille, le « *vide identificatoire* » est présent, ou, au contraire, quand il existe « *un excès de pression qui impose des identifications inacceptables* », **l'extérieur a une place prédominante: cela favorise l'idéalisation de stéréotypes socio-culturels**, « *court-circuitant les nécessaires conflits identificatoires.* »

Cette fragilité narcissique favorisée par la perte de « la fonction contenant et différenciante » de l'autorité parentale et la « carence d'attention à la singularité d'un adolescent en devenir » favoriseraient donc une adhésion massive aux stéréotypes sociaux sur un mode d' « identification narcissique » [47].

Finalement, « *les anorexiques n'auraient pas d'identité propre, et se référant constamment à autrui tenteraient de se conformer aux stéréotypes de la féminité* »¹

Finalement,

L'augmentation des formes subcliniques d'anorexie mentale chez la jeune fille et peut-être aussi chez le garçon, serait probablement liée à la valorisation du corps comme support narcissique et à la valorisation de la maîtrise comme idéal de réussite personnelle. En effet, dans le jeu des identifications, à la recherche de leur identité, les adolescents adhèrent volontiers aux stéréotypes sociaux.

Concernant les formes avérées et graves d'anorexie mentale, il semble que les liens entre modèles socio-culturels et pathologie soient nettement plus complexes. Finalement, ce qui apparaît plus évident est que « *notre culture fournit aux anorexiques les moyens de la justification et de la rationalisation* ». **Lorsqu'il existe une « adhésion contrainte au**

¹ Boskind et Lodahl cités par Tordjman [136]

stéréotype de féminité médiatique idéale» cela traduit « le trouble de l'identité sexuelle et la problématique conflictuelle des identifications et des contre-identifications. »

Dans tous les cas, « *Quand l'idéal de minceur tend à devenir exclusif et contraignant, fascine la conscience et est associé à un remaniement d'ensemble de la personnalité, il est sous-tendu par une hantise de l'obésité et de la graisse qui a des déterminations psychopathologiques dont ne saurait rendre compte le point de vue anthropologique et culturel.* » (Brusset [26])



Au total :

Le discours des jeunes hommes anorexiques semble étroitement adhérer aux modèles culturels proposés. Ils permettent probablement une rationalisation de la conduite. Ils expliquent peut-être aussi l'intensité du déni par l'entourage et la difficile reconnaissance des troubles. Il ne s'agit là que de justifier la conduite puisque rapidement ses conséquences amènent le corps à s'écarter au plus loin de cet idéal musclé et viril.

En revanche, on peut s'interroger sur une autre forme clinique qui, elle, amènerait le corps à effectivement se rapprocher au plus près de ce modèle. L'exhibition d'une hyper masculinité peut-elle sous-tendre le même type de « *trouble de l'identité sexuelle et la problématique conflictuelle des identifications et des contre-identifications.* ». Cette « adhésion contrainte au stéréotype de virilité médiatique » serait-elle une forme frontière d'anorexie masculine ?

E. LES ELEMENTS DE REFLEXION PSYCHOPATHOLOGIQUE

Il s'agit, dans ce chapitre, de tenter d'éclairer la compréhension des enjeux de l'anorexie masculine à travers les théorisations concernant l'anorexie mentale, théorisations qui ont souvent été élaborées à partir des sujets féminins.

Nous avons pu mettre en évidence certains éléments qui nous paraissent communs chez les garçons et chez les filles anorexiques : la fragilité identitaire, les difficultés à s'engager dans le processus de séparation-individuation ; l'identification à la mère et la relation narcissique, en miroir, qui peut exister entre elle et son enfant.

Nous tenterons donc de réfléchir au choix du symptôme anorexique chez le garçon, en articulant nos précédentes réflexions aux théorisations générales sur l'anorexie mentale et aux spécificités féminines et masculines du développement pulsionnel et affectif.

La compréhension de l'anorexie mentale pourrait se faire selon deux axes qui toutefois se recoupent et s'entrecroisent car ils mettent tous deux en lumière la problématique identitaire : le sujet par sa conduite de refus tente de sauvegarder son individualité.

Le premier, qui s'inscrit dans une compréhension addictive du trouble, rattache l'anorexie mentale aux pathologies de l'agir et de la dépendance. Le traumatique pubertaire et la réactualisation du processus de séparation-individuation viennent ébranler les assises narcissiques, mettent à jour les fragilités des investissements narcissiques et objectaux et creusent l'« *écart narcissico-objectal* » (Jeammet [78]). La lutte contre l'avidité objectale passe par une conduite de refus se focalisant sur la nourriture puis bientôt sur l'ensemble des investissements objectaux.

Le second axe, très spécifiquement développé dans le cas de la jeune fille, met l'accent, à travers l'« asexuation du corps », sur l'évitement des modifications corporelles de la puberté féminine et sur la prévalence du lien mère-fille. Les modifications corporelles liées à l'amaigrissement chez le garçon, déterminent-elles des conflits de même ordre ?

Nous allons donc en premier lieu nous pencher sur la compréhension de l'anorexie mentale chez la jeune fille.

1. L'antagonisme narcissico-objectal: le paradigme du conflit de l'adolescence (Jeammet [77], [78])

Philippe Jeammet s'intéresse aux particularités du fonctionnement mental et à la **dynamique spécifique des modalités de régulation narcissique et objectale**. La problématique dominante de l'anorexie mentale est typiquement, et **de façon quasi-paradigmatique, celle de l'adolescence : l'antagonisme narcissico-objectal, base du travail identificatoire, prend corps à travers la conduite anorexique**.

La relation à l'alimentation doit être comprise comme un véritable « *analogon des conduites relationnelles* » [78], « *comme le prototype des relations au corps propre, des relations d'objets et de toutes les modalités d'investissement en général* ».

A travers l'observation du manifeste (les conduites alimentaires) et du latent (qui se dévoile lorsque le sujet abandonne sa conduite anorexique), se révèle une dynamique spécifique des relations et des investissements *« que la conduite anorexique rend opaque par la condensation qu'elle opère »*.

a) Une « dynamique spécifique » des investissements sur le modèle de l'alimentation

La conduite alimentaire est marquée par **le jeu dialectique d'investissements et de contre-investissements**. Le *« couple anorexie/boulimie est l'expression la plus évidente des couples d'opposés à l'œuvre : il n'y a pas d'anorexique qui ne craigne de devenir boulimique »*. *« La peur de grossir, le désir de maigrir, le tri des aliments, la surveillance des calories témoignent de contre-investissements d'un désir boulimique tyrannique qui s'exprime de façon plus directe au travers des manifestations de « leur passion pour la nourriture » : collection de recettes, fascinations pour les étalage de nourriture, vols d'aliments »* [79].

<p>La relation à l'alimentation est donc caractérisée par « <i>une lutte active contre le fait de se remplir sans restriction par la conduite opposée de privation de ce qui fait le plus envie</i> ».</p>

Ainsi, **en analogie de ce qui est observé pour la nourriture**, lorsque la conduite anorexique, ayant valeur de focalisation des conflits, est abandonnée vont se révéler, deux

grands types de modalités relationnelles en miroir. La première de « **type passionnel** » est **marquée par l' « avidité » objectale**. La seconde s'illustre par une **attitude d'évitement et de retrait des investissements, en quelque sorte de type « anorexique »**.

En fait elle relève du même type de relation d'objet caractérisée « *par la massivité de l'engagement narcissique et des investissements et par la mauvaise différenciation sujet/objet, où toute relation suivie engage massivement le Moi et compromet l'équilibre narcissique* »¹.

Cette modalité de fonctionnement, qualifiée d'archaïque par André Green², est faite « *d'une confusion entre le désir, son objet et le Moi. Désirer est éprouvé comme une menace de l'objet sur le Moi et comme un pouvoir conféré à l'objet* ». Si bien que « *Le désir ne sert plus à enrichir le Moi, il est devenu le cheval de Troie de l'objet au sein du Moi* » [79]. Toute relation « *n'est plus vécue sur le mode de l'échange mais du vol réciproque* ». **De là, l'avidité et le désir pour l'objet sont tels, qu'ils le menacent de destruction en même temps qu'il existe « un danger d'être à son tour absorbé par l'autre [...]**».

Par la conduite anorexique, le sujet tente de « contrôler et de réprimer ses désirs soit son appétence objectale perçue comme une menace pour la cohésion du Moi ». Le trouble du comportement alimentaire, à la fois substitut objectal, tentative de réaménagement et forme d'auto-thérapie, a alors une **fonction de « pare-excitation »**. Il fait figure « *de limite entre l'objet et soi* » pour éviter la fusion et l'envahissement. Cela justifie la force des investissements et contre-investissements à l'œuvre. « *Le comportement est la seule chose tout à fait sienne car il échappe au désir de l'autre* ».

Cette conduite de refus constitue ce que Jeammet nomme « une néo-identité » et permet une figuration par le corps de la séparation voire de l'individuation. Elle se substitue aux conflits « pourtant nécessaires à l'élaboration d'une différence avec les parents ».

¹ Le risque d'abandon à l'objet se retrouve au niveau interne dans les modalités du fonctionnement psychique, dans la relation qu'elles entretiennent avec leur monde interne : « se permettre un travail d'association, et d'intériorisation c'est s'abandonner au surgissement de l'inconnu d'où les intenses intellectualisations, détachées de leurs monde émotionnel, témoin de la relation d'emprise qu'elle entretiennent en interne » Jeammet [77].

² André Green cité par Jeammet

b) Une problématique de dépendance à l'origine de l'antagonisme narcissico-objectal

L'évitement des conflits entre l'adolescente et ses parents constitue « *le prolongement naturel du lien d'étayage narcissique mutuel qui s'est développé dans l'enfance avec les parents, surtout la mère* ». Le sujet est resté excessivement dépendant du regard de l'autre, « *dans le souci de satisfaire les attentes narcissiques des parents* ». Il **n'a pu développer son investissement propre**, notamment ses ressources auto-érotiques et ses capacités pare-excitatoires, en d'autres termes des **objets internes suffisamment sécurés**.

La puberté et l'adolescence vont jouer un rôle de révélateur de cette problématique de dépendance en créant les conditions d'un antagonisme entre sauvegarde narcissique et appétence relationnelle. C'est, selon Jeammet, le paradoxe de l'adolescence : « *ce dont j'ai besoin, parce que j'en ai besoin et à la mesure même de ce besoin, c'est ce qui me menace* ». La conduite anorexique et plus généralement les troubles du comportement alimentaire en sont le paradigme. **Le processus normal d'identification et sa dimension d'échange, c'est-à-dire nourrir sa propre individualité de ce qui n'est pas soi [78], sont entravés.**

Les failles du narcissisme du fait du défaut des intériorisations précoces et le lien de dépendance aux objets externes font que la « faim d'objets » est telle qu'elle menace « d'envahissement » le narcissisme. **L'objet externe, « menacé de destruction », ne sert plus que « d'étayage narcissique [et doit] être protégé de toute agressivité ».**

Or la sexualisation des liens est renforcée par la dépendance aux objets externes « *augmentant le risque de conflictualisation (sous le double registre de l'inceste et de l'homosexualité)* ». Le sujet tente de s'en défendre par une tentative de distanciation pathologique qui accroît le sentiment d'incomplétude et le besoin d'étayage objectal exacerbant « *dans un « cercle vicieux » le vécu de dépendance* ».

<p>Les désirs objectaux perçus comme menace de « fusion » s'opposent alors à la sauvegarde de l'autonomie voire de l'identité, qui rendra difficile la gestion de la distance aux objets d'investissement. Ce paradoxe ne peut s'élaborer et la réponse est de l'ordre de l'agir.</p>
--

c) Un fonctionnement addictif : le monde des sensations et de l'agir

Cette réactivation d'angoisses archaïques oblige, pour **assurer ses propres limites et son identité, ainsi que pour échapper à l'envahissement de l'objet**, à un repli vers **l'excitation exogène et la réalité perceptivo-motrice** : le domaine des sensations est surinvesti. Cette « *quête des sensations* » commune à toute les conduites addictives se substitue au domaine des émotions, de l'échange affectif et de l'intériorisation des liens. Elle protège le sujet du « *vide interne et du risque de perdre l'objet que le sujet maintient à la périphérie de lui-même sans se laisser pénétrer par lui* ».

En effet l'aménagement relationnel avec l'objet va être ainsi remplacé par une alternance de recherche d'excitation et d'« apaisement ». La première se traduit par l'« *orgasme de la faim* » (Kestemberg [84]), le développement des activités motrices ou la quête d'une résurgence de l'appétit. L'« apaisement » est paradoxalement lié au triomphe que procure la non-satisfaction du besoin.

d) Un aménagement pervers d'une relation de dépendance

Finalement, cette tentative de trouver un **néo-objet de substitution** dans le comportement de type addictif est un aménagement de type pervers de la relation. En effet l'anorexique « *va s'efforcer de renverser son propre sentiment de dépendance et le risque d'être une marionnette dans les mains de son objet d'attachement en un comportement d'emprise où c'est elle qui contrôle cet objet qui n'est utilisé qu'à des fins utilitaires* ».

C'est un comportement pervers dans la mesure où « *l'objet n'est pas reconnu dans ses désirs propres et ses différences mais uniquement dans la mesure où il peut être utilisé à des fins de réassurance narcissique* ». Il se passe après-coup ce que ces sujets ont vécu pendant leur enfance en étant capté par cette relation narcissique de complétude, de contrôle de leurs propres besoins, par leur entourage et notamment par la mère.

Finalement, « *ce qui est important, c'est de maintenir un contact à l'objet pour s'assurer de sa présence et de sa non-destruction, mais un contact qui maintienne cet objet aux limites du Moi, à l'extérieur du Moi, suffisamment proche pour ne pas être perdu, suffisamment extérieur pour ne pas risquer d'être envahi par lui.* »[79]

Pour Jeammet, la conduite anorexique nécessite donc une vulnérabilité préalable, commune à toutes les conduites d'addiction : une **fragilité des assises narcissiques** (notamment des intériorisations précoces et des mécanismes de régulation interne du narcissisme), d'où une **dépendance exagérée aux objets externes pour assurer l'équilibre narcissique**.

Cette perspective permet probablement aussi de rendre compte des modalités du fonctionnement psychique des anorexiques masculins.

2. Le corps anorexique

La **problématique du corps dans l'anorexie mentale** est de toute évidence centrale. Le corps maigre et décharné, le visage émacié et pâle contrastent avec les propos des patients pour qui « tout va bien », pour qui « il n'y a rien à dire ». « *Au déni psychique, la réalité physique apporte un démenti* » ostensible (Jeammet [80]). Le corps, infantile en même temps qu'« *érigé et triomphant* » [80], en d'autres termes, phallique, est donné à voir et en premier lieu à l'entourage familial. Il interpelle par le paradoxe qu'il préfigure. Quel message nous transmet alors le corps des **conflits non élaborables**, qui prennent ici figure, matérialisation ? Que nous dit-il d'essentiel sur le mode de fonctionnement psychique de ces patients ? Il convient en effet de s'interroger puisque aucune autre pathologie n'est associée de façon aussi stéréotypée à l'image corporelle, au point qu'il est maintenant classique de considérer le trouble de l'image corporelle comme le maître symptôme de l'anorexie mentale (Jeammet[80]).

a) **Le corps anorexique et les métamorphoses pubertaires : quelles compréhensions de l'anorexie féminine ?**

(1) **L'abrasion des métamorphoses pubertaires chez la jeune fille anorexique**

Le corps anorexique adolescent a cela de particulier qu'il est **dépourvu des signes de maturation physique pubertaire**. Chez la jeune fille, la recherche de minceur tend à freiner le développement des seins, des hanches, des cuisses (Schmidt [125]). La sexualisation du corps est ainsi activement réprimée par un « *véritable gommage* » par le comportement

alimentaire des caractères sexuels secondaires (Gueguen [66]). Laxenaire [89] résume ainsi la problématique du corps anorexique en proie à la féminisation: « *Refusant les obligations socio-culturelles nées de sa transformation corporelle, la jeune fille effectue un travail psychique à rebours. Nageant à contre-courant de l'espèce, elle bloque par une victoire de la culture sur la nature, la commande de son système hypothalamo-hypophysaire. L'adolescente à peine éclose se referme sur son bouton et redevient la « petite » [...] »*

La puberté, chez la fille, est marquée par les « **discontinuité visibles** » (Chiland [39]). Elle métamorphose le corps d'une façon qui ne peut être cachée: elle impose l'expérience des règles, la croissance des seins. Situation nouvelle pour la jeune fille puisque jusque là, « *la petite fille n' [avait] rien à montrer. [...] Ses organes [étaient] internes, invisibles ou à venir, en espérance (les seins, les bébés) »* [39].

L'avènement des règles, « qui extériorisent quelque chose de la sexualité » (Gueguen [66]), est une étape capitale en ce sens qu'elle marque l'entrée dans la féminité. En effet elles renvoient à la **castration** puisqu'elles posent la différence des sexes (Corcos [43]), obligeant à renoncer à la bisexualité psychique de la vie infantile et aux fantasmes de toute puissance qui l'accompagne, mais elles renvoient aussi à un **sentiment de passivité**.

Les règles sont « un symbole évident de castration », comme le pointe Racamier¹: « *Les règles sont un écoulement (qui peut être excrémental) de sang (qui peut être celui d'une blessure ou d'une attaque), par les voies génitales (définitivement privé de phallus, et peut-être par suite d'actes sexuels incestueux et de masturbations coupables) d'une femme (érotiquement stimulée) en mesure d'enfanter (mais qui n'est pas enceinte, et peut craindre de ne pas l'être). »*

Elles signent plus profondément la sortie du monde de l'enfance et annonce la capacité procréative, la possibilité de devenir mère et, de là, de ne plus être seulement la fille de sa mère. « *Le sang des règles présage aussi celui de la défloration et de l'accouchement »* [43].

Si bien que derrière le lien fort du sang avec la sexualité, où surgit la dimension du père, on trouve celui d'avec la maternité faisant référence à la dimension de la mère.

Les règles, « fuite orificielle passive incontrôlable » [49] sont également **symbole de passivité**. Elles échappent à toute maîtrise et font de la jeune fille « *une femme à son corps défendant* » [66].

¹ Racamier cité par Corcos [43]

L'aménorrhée est un des signes centraux de l'anorexie mentale, au point que l'intuition des premiers auteurs, dont Lasègue, puis les classifications nosographiques lui font une place centrale. Les dysfonctionnements physiologiques qui lui sont associés mis à part, quelle en est sa signification profonde ? Que marque-t-elle des conflits sous-jacents ? En effet, « *aucune jeune fille, [du moins au début de la maladie] ne se plaint de son aménorrhée* » [66]. Dans les cas d'aménorrhée secondaire, il s'agit même d'un *retour* à une absence de règles, « *cette absence de marqueur d'une féminité angoissante vécue avec soulagement* » [66].

Selon Corcos [43], l'aménorrhée dans l'anorexie mentale témoigne d'un « **processus archaïque de somatisation lié à une absence de mentalisation qui reste symbolisante après-coup.** ». Le corps, « *corps issu des deux parents, corps sexualisé, corps où se concrétise le passage de l'âge de l'enfance à l'âge adulte* », est le support où se figure un « *message clair* » adressé aux objets de dépendance parentaux, en particulier à la mère.

Il faut faire un détour par l'étymologie pour traduire ce message. Corcos [43] nous rappelle **qu'une des étymologies hébraïques des règles est « séparation »**, « *renvoyant de façon originaires à la séparation d'avec l'objet primaire, la mère, lors de l'accession à un corps sexué d'adulte et la séparation pour le sujet d'avec le corps propre de l'enfance* » [43]. « *Et [l'aménorrhée] c'est alors une régression, un retour vers l'enfance, vers une bisexualité rêvée* » [66].

« *Plus que la question de la féminité, c'est la question de la « maternité » c'est-à-dire de la rivalité avec la mère qui est posée par le symptôme aménorrhée : c'est le maintien d'un statut d'enfant, comme évitement du devenir femme, en même temps que l'ambivalence face au devenir mère puisqu' être en aménorrhée c'est aussi avoir le statut de la femme enceinte* » [43].

En parallèle, les formes féminines qui remanient le corps, et en premier lieu la poussée des seins, ne peuvent être cachées et constituent une nouvelle perte de contrôle.

La poitrine, « *qui la désigne comme femme* » [66], peut être pour la jeune fille source de fierté ou de gêne mais, dans tous les cas, **elle la soumet aux regards d'autrui.**

La jeune fille va alors susciter d'autres types de regard des autres sur soi. A divers degré, les regards et les désirs masculins sur son corps, « *traumatismes flatteurs mais mystérieux* » [103], sont perçus comme intrusion persécutoire plus que comme gratification narcissique.

Pour l'anorexique, les formes féminines, « *objets de convoitise* » offerts aux regards, la « *dépossèdent d'elle-même* » [66]. « *Elles sont alors ressenties comme autant de moyens par lesquels l'autre, l'emprise de l'autre les menacent d'une dépendance annihilante, et d'une*

perte d'intégrité. Le corps, instrument de prise sur le monde, les rend désormais susceptibles d'être prise : elles surinvestissent cette première fonction pour nier et conjurer ce danger. »
(Brusset [23])

Le corps de l'anorexique parvient donc à effacer les caractères sexuels secondaires, pour « **garder le contact, voire la trace ou mieux encore le rythme du corps infantile** » [49], ce qui renvoie **au déni de la castration et à la toute-puissance infantile**. « *Finally les deux métamorphoses de la puberté féminine : devenir femme et devenir mère sont abolies, évitées, contournées* » (Corcos [43]) : la jeune fille manifeste « *son opposition à ce qu'on a voulu qu'elle soit : une femme* » (Gueguen [66]), « *comme si il n'y avait pas de place pour deux femmes en âge de procréer dans la famille.* » [43]

Cette tentative de détruire le corps sexué et de retrouver le corps prépubère peut s'entendre à travers **la réactivation de la problématique oedipienne à l'adolescence**. La mauvaise différenciation sujet-objet, les besoins objectaux et l'agressivité vont donner aux fantasmes incestueux « *une puissance d'actualisation qui fait que désirer c'est réaliser* ». La violence traumatique de cette réactualisation est combattue par le renforcement des mécanismes de défense primitifs en particulier le clivage et par la répression de la génitalité à travers une régression à la sexualité orale infantile. « *Les conflits de dépendance et les conflits sexuels sont alors en partie déplacés sur la nourriture qui fait l'objet de dégoût et d'envie, d'inhibition et de désinhibition* » (Jeammet [76]).

(2) A travers le corps de femme en devenir : la relation à la mère

Ce que la jeune fille maltraite c'est un corps sexué de femme. « ***Ce qui la terrorise ce n'est pas d'être, c'est d'être une femme comme la mère.*** » (Gueguen [66]).

Pour l'anorexique, « ***l'attaque du corps sexué, c'est l'attaque du corps maternel dont elle s'est insuffisamment différenciée*** »¹[66]. En effet, comment se séparer de la mère tout en restant identifiée à elle ? [66]. Parce que chez la fille le changement d'objet dans l'Oedipe, de

¹ Bourdellon , 2001 : L'anorexique, une petite fille livide, rouge et noire, cousue de fil blanc. RFP, LXV, 5

la mère au père, fait que « *la mère devient à la fois la rivale haïe et le modèle identificatoire, l'objet de l'attachement primordial devient l'objet de la rivalité* »¹.

Chez l'anorexique, la mauvaise différenciation sujet/objet rend la séparation potentiellement dangereuse. Il existe un « *échec de l'homosexualité primaire qui est le moment où le sujet choisit un objet identique à lui qui n'est pas l'investissement confondant ou confusionnant de l'identification primaire* » [66]

Le corps est alors d'autant plus inacceptable dans sa féminisation que celle-ci le rend identique à celui de la mère, réactivant une indifférenciation désirée et insupportable. Au point que, pour Brusset [23], le « *corps [est] pour une large part indifférencié d'avec le corps maternel quand il n'est pas vécu purement et simplement comme une extension ou un morceau détachée du corps maternel.* » Si bien que tout rapprochement d'avec la mère serait non pas devenir comme elle mais risquer de se substituer à elle. (Jeammet [78])

« Comment alors ne pas ressembler à celle dont elle ne peut ni se détacher ni se déprendre ? » En réalité, il existe un déplacement d'affect entre l'objet maternel, « *la mère acceptée, revendiquée, imitée* » et l'objet nourriture « *ouvertement rejetée, refusée, vomie* ». « *Comme la révolte ne peut être assumée de front, elle passe ainsi par la voie détournée du symbole.* » (Laxenaire [89])

Le refus de nourriture, le refus d'ingérer c'est un refus de « ce que l'on met en soi et dont on n'est plus maître. ».

« *En effet, dans la relation précoce mère-bébé, l'aliment peut représenter un bon objet, celui qui permet d'intérioriser sa mère, de rendre ses gratifications durables et le rendre partie intégrante de soi-même. Il est aussi possible que la nourriture devienne un mauvais objet, celui qui dépouille la mère de ses dons, qui l'appauvrit, l'assèche, la détruit. L'objet est alors parfois perçu comme extérieur à l'enfant et à d'autre moment comme confondu, contenu en lui-même. C'est à travers lui, dans un mouvement réciproque d'identification et de différenciation, de genèse et d'annihilation, que s'établit la différenciation de l'enfant et de la mère dans la situation duelle objectivée et concrétisée par le nourrissage.* » (Brusset [23])

Les aliments mis en chiffres en calories peuvent être contrôlés. « *A la fin de la chaîne, sur la balance, il y a tant de grammes, parce que tant de calories ; le corps n'est qu'un*

¹ Freud : Sur la sexualité féminine, 1931

tube. » Or celle qui nourrit c'est la mère. « *La jeune fille anorexique refuse de se laisser nourrir car la nourriture de la mère menace son intégrité, elle fait effraction. Se nourrir de la mère c'est risquer de ne plus être soi.* » [66]

Ainsi le refus de la nourriture c'est le refus de la fusion avec la mère, à la fois désirée et insupportable.

Enfin, à travers le besoin de maîtrise, s'exprime l'ambivalence vis-à-vis du modèle identificatoire que constitue la féminité maternelle.

« *Victime d'une folle passion pour sa mère, identifiée à l'agresseur, elle retourne contre elle l'emprise maternelle, façon pour elle de ne pas se dépendre de l'amour maternel dont elle est tellement dépendante.* » [66]

C'est ainsi la thèse de Mara Selvini : le clivage entre la mauvaise mère projetée dans le corps permet de protéger de toute attaque la mère réelle, alors idéalisée, et ainsi de sauvegarder l'amour de l'objet.

b) Le corps persécuteur

« Le phénomène central de l'anorexie mentale est de vivre son propre corps tel un ennemi menaçant qui ne doit pas être brutalement détruit mais tenu en respect. »¹

En effet dans la perspective de Mara Selvini, inspirée des travaux de Mélanie Klein et à l'origine du concept de « *paranoïa intra-personnelle* », l'anorexie est rattachée à une **pathologie des objets internes**. L'accent est mis sur les particularités de la relation objectale, notamment de la relation avec le « *mauvais objet introjecté* »². **L'agressivité projetée sur**

¹ Selvini : Contribution à la psychopathologie du vécu corporel, *Evol. Psy.*, 1967, 32, 1149-1173

² Selon Mélanie Klein (la psychanalyse des enfants. PUF, Paris, 1959) les mécanismes mentaux de projection et d'introjection opèrent dès le début de la vie et rendent compte jusqu'à environ 12 mois de la position schizo-paranoïde: les bonnes expériences de satisfactions et de gratification sont introjectées à l'intérieur du bébé ; les mauvaises expériences de déplaisir et de frustration sont vécues comme dangereuses et projetées à l'extérieur. Si bien que se trouvent progressivement constitués un objet dangereux, mauvais, persécuteur, à l'extérieur du bébé, objet dont il doit se protéger et un bon objet idéalisé, gratifiant qu'il doit protéger. La position dépressive fait suite à cette première phase : il s'agit de reconnaître l'unicité de l'objet à la fois bon et mauvais. Face à cette

l'objet primitif, la mère, le transforme en persécuteur externe qui est introjecté pour être contrôlé puis déplacé dans le corps. Il s'agit d'une **projection extra-psychique mais intracorporelle des mauvaises parties du Soi et des objets.** Cela suppose un clivage entre le psychisme et **le corps traité comme un objet externe** qui devient dépositaire des affects menaçants inélaborables et par là même un mauvais objet persécuteur.

L'anorexique, toujours selon cet auteur, n'a pas peur de la nourriture mais de son propre corps et des conséquences de la nourriture qui une fois avalée devient « corps-grossissant ». Elle vit alors l'alimentation comme « *potentialisation du corps aux dépens de son Moi* », corps identifié à la mère primitive omnipotente (Brusset [24]).

L'anorexie va représenter une attaque contre cet objet introjecté. « *Elle affame le mauvais objet comme il l'a lui-même privée de nourriture, ou le noie de mauvaise nourriture et l'expulse par les vomissements dans les crises boulimiques* » (Chabrol [35]). « *Finalement, la fusion totale que ces patientes opèrent entre leur propre corps et l'objet maternel incorporé dans ses aspects mauvais et dévalorisants permet de le combattre et de le séparer du Soi* » (Venisse [140]).

Toutefois, pour Brusset [23], ce modèle ne répond pas totalement à l'expérience clinique. Ce n'est pas l'ensemble du corps qui est menaçant. En effet on découvre dans le discours des patientes une double intolérance: à la fois à l'apparence physique et à certaines sensations corporelles, en particulier la réplétion et la satiété. Ces deux aspects se rejoignent au niveau des significations les plus profondes. « *Pour ne pas être laide, énorme, monstrueuse [...] : éliminer la graisse, sale et honteuse, rechercher le muscle et l'ossature. Être vide, s'épurer, évacuer pour ne pas se sentir envahie par quelque chose à l'intérieur* », c'est à dire « *possédé par un mauvais objet (une mauvaise mère) persécuteur interne, confondu avec le corps* », la réplétion constituant le témoignage sensible de l'objet primaire.

c) Le corps idéalisé

Toutefois, aux images négatives et angoissantes s'opposent des images positives. Le corps « *idéalisé, indestructible, épuré* », « *est le lieu d'intenses satisfactions dans le contrôle omnipotent de ce qui est ingéré et éliminé* ». Le corps devient le support d'une idéalisation

unicité, le bébé ressent une angoisse dépressive et une culpabilité en raison de la haine et de l'amour qu'il porte envers le même objet.

mégalo maniaque défensive. « Dans le surinvestissement de la puissance et du contrôle, il y a une sorte d'identification à l'image maternelle toute puissante » (Brusset [29]). Le corps accomplit quelque chose du désir le plus régressif : « la fusion avec l'image idéalisée de l'autre », la mère.

Ainsi l'anorexie paraît à la fois réaliser le rejet de la mauvaise mère et l'union à la mère idéalisée.

La maturation physique pubertaire qui identifie le corps de l'adolescente à celui de sa mère est donc éprouvée comme une emprise de la mère qu'il s'agit à la fois de combattre et de préserver, du fait des fragilités narcissiques.

Alors que les éléments de compréhension de l'anorexie mentale l'inscrivent au cœur même de modalités particulières de la relation mère-fille, comment peut-on comprendre l'anorexie masculine ?

d) A travers la question corps : quelle compréhension de l'anorexie masculine ?

Soulignons que très peu d'éléments sont à notre disposition dans la littérature pour tenter de percevoir le sens de la conduite anorexique chez le garçon. Nous évoquerons donc ces quelques éléments en même temps que nous tenterons de la comprendre en rapport avec les théorisations de l'anorexie féminine.

L'anorexie masculine a cela de déroutant que le jeune homme paraît avoir « choisi » un symptôme volontiers considéré comme féminin. Ce « choix » du garçon anorexique devient alors d'autant plus étonnant qu'il s'inscrit dans **le paradoxe. C'est celui d'une maladie féminine qui, avant tout, serait un refus de la féminité.**

Tant chez la fille que chez le garçon, la puberté et ce qu'elle induit de modifications dans la confrontation à la nouvelle situation oedipienne et au sentiment d'incomplétude du sujet semble agir comme un révélateur de la conduite anorexique. Il semble en effet que l'arrêt du développement pubertaire tend à « *supprimer pour un temps la nécessité d'une confrontation à une image sexué de lui-même* » (Rouam [123]). Toutefois, le renoncement à la bisexualité ne se résout de la même façon dans les deux sexes.

Chez le garçon, il s'agit de se rapprocher du père comme objet oedipien indirect et de s'identifier à lui. Mais ce mouvement d'identification masculine implique une rivalité avec le père et donc une menace de castration. D'autre part, il entre en conflit avec les liens d'attachement à la mère, (Chambry [38]). Les mouvements d'identification féminine mettent « *le garçon en porte à faux du point de vue de son identité sexuée* » et renvoie aussi à la castration. De plus, elle « *réveille des positions de dépendance beaucoup plus archaïques [...], positions de dépendance absolue face à un personnage [la mère] aussi nécessaire que tout-puissant.* » (Rouam et Schmidt [123]).

L'anorexie mentale masculine s'inscrirait dans l'incapacité de trouver un équilibre entre ces deux mouvements contradictoires, entre ces identifications de différents niveaux (Rouam [123]). Ainsi, à travers les retentissements somatiques qu'elle occasionne, la conduite anorexique permet de **se détourner de la « nécessaire confrontation à une image sexuée de soi-même »** (Rouam [123]). Le symptôme reflète donc la difficulté à surmonter la **problématique de la castration en tant que limitation qu'implique l'appartenance à un sexe**. Le garçon tenterait de se maintenir dans un « *registre asexué qui reviendrait à l'unisexe des premières théories infantiles* ».

Par ailleurs, Chambry [38] souligne que cette contradiction est d'autant plus difficile à élaborer que la mère « *vivait souvent l'enfant comme un double consolateur, représentant d'une figure maternelle et qui ne saurait donc être différencié d'elle-même* ». Or « *l'avènement de la masculinité ne permet plus la persistance d'un lien fondé sur l'identique* ». **Alors que chez la jeune fille, la puberté rend le corps « identique » à celui de la mère, chez le garçon elle confirme sa radicale différence.**

L'anorexie mentale du garçon peut-elle se comprendre comme une tentative de réaliser à la fois deux mouvements contradictoires : tenter de se dégager des identifications maternelles insupportables, tout en maintenant ce « *lien fondé sur l'identique* » ?

Basquin et Fortineau¹, rapportent « **un cas d'anorexie mentale de la jeune fille ... chez le garçon** » et tentent de faire entrer l'anorexie mentale du garçon dans cette appartenance théorique. De même que les filles anorexiques refuseraient l'identification à la mère, source de confusion identitaire, « *le garçon, à qui la mère proposait avec insistance un*

¹ Basquin et Fortineau: Sur un cas d'anorexie mentale de la jeune fille ... chez le garçon. Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1969, 17, 5-9

modèle d'identification féminine, aurait utilisé le processus anorexique pour se défendre de cette proposition, dans une perspective d'affirmation virile » (Schmidt [125]). Ce serait alors refuser sa féminité, affirmer sa virilité en utilisant des « moyens » féminins et effaçant les signes visibles de maturation pubertaires. Quoi qu'il en soit, cette série de paradoxes ne peut qu'accentuer la similitude avec le processus féminin profondément teinté de mouvements paradoxaux tant sur le plan corporel que relationnel.

Dans cette perspective, pourrait se comprendre cette « phobie de la graisse » sur laquelle se rejoignent garçons et filles anorexiques. Toutefois, elle n'est pas justifiée de la même façon dans les deux sexes. Ainsi, de façon consciente, elle s'inscrit chez la jeune fille dans une recherche de minceur quand, chez le garçon, elle détermine le désir de se rapprocher au plus près d'un idéal masculin musclé. Pour Chambry [38], ces deux expressions se rejoignent autour de « *la même horreur du féminin* ».

S'agit-il de se défendre dans les deux cas d'identifications féminines en ce qu'elles renvoient à une menace de confusion identitaire avec la mère ? Peut-on ainsi, en partie, comprendre le rôle déclenchant des réflexions sur le poids, sur le ventre « trop rond », en tant qu'elles résonnent avec des identifications féminines prévalentes et insupportables ? Parallèlement, la « recherche du muscle » vient-elle constituer une tentative de contre-investissement de ces identifications féminines ? Tente-elle de réintroduire une dimension identificatoire masculine et ainsi de maintenir un lien avec le père ?

Dans cette difficulté à affronter les conflits liés à la bisexualité psychique, le garçon anorexique, selon Chambry [38], « *chercherait à garder du masculin et du féminin plutôt que d'estomper les deux comme tente de le faire la fille* », « *en prise plutôt avec un désir de bisexuation qu'avec un désir d'asexuation, ne pouvant tout à fait renoncer à son identité masculine* ». Il s'agirait alors à la fois de rester dans une relation fusionnelle avec la mère, comme double de celle-ci, en même temps que de ne « *pas tout à fait renoncer à leur identité masculine* ». Ainsi, les choix homosexuels pourraient traduire une volonté de « *conserver du masculin associée à une demande de satisfaction féminine.* »

Enfin, l'anorexie mentale masculine semble s'inscrire sur fond de difficultés à élaborer la castration. Le lien entre la mère et le fils, teinté d'une dimension narcissique, fait apparaître la séparation et l'avènement de la masculinité, dans ce qu'elle apporte de différenciation, comme une menace de perte de l'objet primaire.

3. Les modalités relationnelles entre l'enfant, futur anorexique et ses parents

Nous avons évoqué les fragilités narcissiques qui semblent s'originer dans les particularités des relations parents-enfant. Il est probable que les théorisations concernant la jeune fille puisse éclairer l'anorexie masculine.

En effet, les particularités des relations mère-bébé ont été soulignées dans la genèse de l'anorexie mentale. Elles s'articulent autour de deux axes qui se recoupent : le défaut de reconnaissance par la mère des besoins corporels et affectifs de l'enfant ; l'investissement de l'enfant dans sa dimension de prolongement narcissique des parents.

a) Un défaut d'intégration précoce des stimuli internes et externes

Hilde Bruch ([20], [21]), dans une perspective ontogénique, fut la première à pointer le dysfonctionnement des interrelations précoces à l'origine d'un défaut d'intégration des stimuli internes. **Elle met, au centre de la problématique anorexique, la méconnaissance des besoins du corps, comme signe pathognomonique de la maladie.**

En effet, elle constate que les patients anorexiques « *grandissent avec une conceptualisation confuse de leur corps et de ses fonctions, avec un sens insuffisant de leur identité, de leur autonomie et de leur contrôle* », et sont incapables de percevoir ou d'interpréter correctement leurs sensations corporelles. « *Ces symptômes sont typiques de l'anorexie mentale et peuvent être rattachés à des expériences du tout jeune âge. Leur mauvaise utilisation des fonctions nutritives, la peur commune à toutes de ne pas contrôler ce qu'elles mangent signifie évidemment que la conscience de la faim s'est développée de manière inadéquate.* »

Cette **méconnaissance des besoins du corps, et notamment la reconnaissance de la sensation de faim, serait liée aux premières expériences défectueuses du nourrisson** : il aurait reçu des réponses maternelles inadaptées à ses besoins et à ses demandes. La mère substitue ses propres sensations et ses propres besoins à ceux de l'enfant, ainsi sa *«réaction [...] est constamment inadaptée, soit par négligence (elle ne donne pas à manger à l'enfant quand il a faim) soit par excès d'inquiétude (elle lui donne à manger dès qu'il manifeste un quelconque signe de gêne), et l'enfant ne pourra pas établir la distinction entre la faim et le rassasiement, ou entre la faim et quelque autre malaise ou tension. »*

Ainsi ces apprentissages trompeurs ne permettront pas à l'enfant d'établir de distinction entre les diverses sensations corporelles et les expériences émotionnelles.

Or, *«afin qu'il acquière un sens solide de sa propre identité et la capacité de s'exprimer efficacement, il est nécessaire que les indications qui viennent de l'extérieur dans le domaine biologique, aussi bien que dans les domaines intellectuel, social et émotionnel, soient correctement reconnus et suscitent des réactions appropriées. En l'absence d'une telle consolidation et d'un tel renforcement de ces expressions du besoin, qui sont au départ assez indifférenciés, il existe un danger celui que l'enfant grandisse dans la confusion et n'établisse pas correctement la distinction entre diverses sensations corporelles et les expériences émotionnelles ou interpersonnelles. Il peut même être embarrassé pour déterminer si une sensation ou une impulsion a son origine en lui-même ou si elle vient de l'extérieur. Il peut avoir l'impression de ne pas être véritablement séparé des autres, ou bien il peut se sentir désemparé sous l'influence d'impulsions intérieures ou d'exigences extérieures. »*

Ces perturbations dans la reconnaissance et la discrimination cognitive des stimuli corporels concernent la faim et la satiété mais aussi la fatigue, la faiblesse et le froid. Elle en rapproche l'inaptitude à discriminer correctement les états émotionnels, l'absence de sensations sexuelles et l'emploi de tous les moyens qui visent à perturber la conscience de l'intégration et de la régulation (vomissements, laxatifs).

L'enfant apprendrait donc à répondre exclusivement aux sensations et aux besoins corporels de la mère et non aux siens, ce qui provoquerait des perturbations dans l'établissement des limites du Moi, de l'identité fondamentale et de l'image du corps.

L'enfant est ainsi privé d'une base de son identité et il ne peut avoir l'impression d'être véritablement séparé des autres. *« Toute l'enfance de l'éventuelle anorexique est dirigée par le besoin de deviner ce que pensent les autres, et de faire ce qu'elle croit que les autres attendent d'elle. »* Les parents continuent de lui imposer leurs attentes et leurs besoins,

encourageant le conformisme et l'obéissance, la « *privant du droit de vivre sa propre vie* ». L'adaptation de l'enfant aux exigences des parents dissimule le sentiment d'être inefficace, de ne pas maîtriser sa vie et ses relations avec les autres.

Plus tard, les malades anorexiques « *n'arrivent pas à définir ce qu'elles désirent, comme quelque chose de distinct de ce que leur parents ont projeté pour elles, et à qui l'idée qu'elles ont le droit de demander quelque chose, ou même de savoir ce qu'elles peuvent désirer n'est jamais venue.* »

Si bien qu'à la puberté, l'« *obéissance conformiste aux parents ne suffit plus à conjurer l'absence de confiance en soi et la méconnaissance des stimuli internes* ». **L'adolescent se sent impuissant devant l'irruption de nouveaux besoins du corps et se sent incapables de satisfaire de nouvelles exigences d'adaptation: l'anorexie lui permet de compenser ses sentiments d'infériorité, en lui donnant l'illusion de «devenir quelqu'un d'exceptionnel** », tout en lui évitant la confrontation à des situations qu'il se sent inapte à aborder. « *En se réfugiant dans le régime, et en supprimant les aspects extérieurs des changements de l'adolescence par une minceur excessive, elles ont interrompu un développement dans lequel elles se sentaient mal à l'aise, mais aussi incapables d'opérer de véritables mutations. Leur propre corps est devenu le seul domaine sur lequel elles exercent leur contrôle. [...] Ces jeunes filles réagissent avec une grande anxiété à ce qu'elles ressentent comme une perte de contrôle.* »

« *Le mauvais ajustement entre l'expression des besoins par l'enfant et les réponses de la mère constituent un défaut d'apprentissage dont les effets restent inscrits dans l'organisation narcissique. Les fonctions alimentaires se trouvent transformées pour être mises au service, par la lutte contre la faim et l'image du corps, d'une quête de puissance destinée à conjurer leur sentiment radical d'inefficacité, d'inauthenticité et d'incertitude de leur identité.* » (Brusset [23])

Enfin, plusieurs éléments essentiels apparaissent.

La réponse alimentaire apparaît comme mode exclusif de réponse aux besoins de l'enfant qu'ils soient corporels ou affectifs, et permettraient, pour Laxenaire [89], de rendre compte de l'utilisation de l'objet « *nourriture* » comme « *vecteur de sa révolte* ».

D'autre part, « la violence de l'interprétation par la mère des besoins et des désirs de l'infans peut engendrer la formation d'un faux self, avec clivage du self conférant au corps propre un statut d'extériorité et d'objet partiel de la mère d'une manière qui en prive

le sujet. » (Brusset [23]). Sous-jacent à ce clivage, les investissements corporels tendent à constituer l'ensemble de l'investissement narcissique. « *Tout se passe comme si ces adolescentes ne pouvaient concevoir une identité psychique différente de leur identité corporelle* ». La réussite dans le désir de maigrir tend à « *les animer de la conviction qu'ils parviendront, qu'il est indispensable qu'ils parviennent à cette image idéale d'eux-mêmes* » [23]. Il s'agit d'une quête narcissique, qui passe par la maîtrise de la « *réalité modifiable* » qu'est le corps, en vue d'atteindre l'Idéal du Moi qui se confond avec le Moi idéal corporel. « *A la limite cette visée de perfection se confond avec l'abolition de la différence des sexes, l'immortalité et l'auto-engendrement* ». Cette indépendance vis-à-vis du monde extérieur par « *refuge dans un système clos sur le modèle du narcissisme primaire* » [23] est d'autant plus désirée qu'est ressenti comme dangereuse l'avidité pour l'objet qui lui ne peut être maîtrisé. On rejoint ici les conceptualisations sur le fonctionnement addictif où la relation à l'objet externe d'addiction, immuable et maîtrisable se substitue à la relation à l'autre.

Apparaît également la question du « *désir éperdu des parents à combler l'enfant* » (Bochereau [15]). Les « manquement » maternels permettent d'ébaucher « *le sentiment d'être soi différencié des autres* » (Marcelli [100]) et de rendre compte de la capacité de se satisfaire soi-même et de développer ses auto-érotismes. « *L'introjection des fonctions maternelles calmantes, protectrices et contenant, garantes du sentiment de continuité de soi et de valeur de soi* », est alors entravée (Brusset [23]). **L'adolescence viendra révéler les difficultés de séparation-individuation en créant les conditions d'un antagonisme narcissico-objectal.** Ainsi, « *ne pas avaler pour l'anorexique c'est se préserver un trou, un vide, un manque autour de quoi se structurer. Paradoxalement, le refus alimentaire apparaît comme un réflexe de survie* » (Laxenaire [89])

Il est possible qu'une telle attitude s'origine dans la « *réparation parentale de leur histoire infantile, tentant de soustraire [l'enfant] au manque et à la castration* » (Bochereau [15]).

b) L'enfant comme objet de complétude narcissique

En fait, pendant l'enfance s'instaure une relation **de dépendance et de « comblement » réciproque**. L'investissement de ces enfants est d'abord narcissique, dans le sens d'une réparation par le bébé des propres failles narcissiques des parents. Ainsi peuvent se comprendre la réduction des expressions spontanées de l'enfant par ses parents qui aura

valeur de « double », fonction de complétude narcissique. Peuvent s'entendre également la « *valorisation précoce des performances de l'enfant au détriment de ses besoins affectifs* » (Venisse [143]).

Enfin, ces éléments rendent compte pour Corcos [44] d'une « **problématique archaïque trans-corporelle narcissique** » marquée par la « *défaillance du maternel chez les mères, en particulier dans l'investissement du corps autonome, vivant et érotique de l'enfant.* ».

Par ailleurs, cette relation de satisfaction réciproque qui s'instaure pendant l'enfance entre l'enfant et ses parents aboutira à l'adolescence « *à l'inceste dans le sens d'une obtention du plaisir privilégiée et exclusive entre parents et enfants. Dans le domaine du sexuel et du génital où est directement concernée la relation père-fille, cela explique l'attaque du corps sexué. La jeune fille n'est alors plus une femme ni pour son père ni pour un autre homme ; ce qui la protège de l'inceste mais aussi de toute relation extrafamiliale garantissant la loyauté. Dans le domaine du sexuel non génital, se refusant à tout plaisir la jeune fille désigne comme nul, insignifiant et sans valeur ce qui ne provient pas de ses parents auxquels elle reste ainsi fidèle* » (Bochereau [15]). Peut-on comprendre de la sorte l'attaque du corps sexué chez le garçon, chez qui la relation à la mère est teintée d'une dimension incestuelle ?

Enfin, cette difficulté à élaborer le processus de séparation-individuation, alors que les fragilités narcissiques naissent en partie des relations précoces mère-bébé, interroge sur le caractère « féminin » de cette pathologie. En effet, cette problématique (de séparation-individuation) est commune à nombre de conduites d'addiction. Elles s'exprimeront chez l'homme plus volontiers par le choix d'un objet d'addiction externalisé tel la drogue ou l'alcool. C'est probablement à travers la notion de « **problématique archaïque trans-corporelle narcissique** », telle que Corcos la nomme que peut, peut-être, plus volontiers se comprendre ce choix d'objet plus féminin.

4. Tentative de compréhension de la prévalence féminine de l'anorexie mentale à travers les facteurs psycho-génétiques

a) Les premières relations parents-enfant : quelles différences ?

(1) Les soins maternels

Bruch a souligné l'importance des modalités relationnelles mère-enfant dans la genèse de l'anorexie. On pourra s'interroger sur des différences dans les soins maternels que le bébé soit fille ou garçon.

Brusset [23] rapporte une étude de Brunet et Lézine, datant certes de 1984, mais qui met en lumière certaines **particularités dans le nourrissage des enfants en fonction du sexe**. Ainsi, les bébés filles étaient moins fréquemment nourris au sein que les bébés garçons qui étaient allaités dans la quasi-totalité des cas. La durée de la tétée était moins longue pour les filles. Le sevrage et l'alimentation mixte étaient également plus tardifs pour les garçons.

Ces observations montrent des différences d'attitudes que le bébé soit une fille ou un garçon. Elles ne seraient pas liées aux différences interindividuelles mais tributaires de déterminismes culturels qui les renforcent. Selon Brusset, ces particularités rendraient compte de troubles chez la petite fille dans l'appréhension et l'investissement de leur corps et de leur fonction corporelle. Par ailleurs, le fait que l'anorexie mentale n'existerait pas dans certaines ethnies, notamment les Noirs serait le fait d'une relation corporelle à la mère beaucoup plus étroite, plus prolongée et qui déterminerait une attitude maternelle différente vis-à-vis des expressions pulsionnelles de la petite fille.

(2) La dépendance réciproque, le « double semblable »

La question de la différence et de la « mêmété » se pose entre l'anorexique, qu'il soit fille ou garçon, et sa mère. La dimension narcissique de la relation qui s'instaure entre la mère et l'enfant fait que celui-ci peut être investi comme un double ayant fonction de réparation de ses failles narcissiques, ce qui serait favorisé par l'identité de sexe.

Ainsi, un des enjeux de la relation mère-fille est la question de l'identité. Pour la mère, « à peine [le sexe] de la fille sera connu qu'une question surgit : jusqu'où cette

ressemblance ira-t-elle ? » (Mugnier [105]). Le sexe du bébé d'être identique à celui de la mère favorise un type de relation spéculaire qui la confronte à son identité féminine et maternelle (Brusset [23]). Pour la fille, il s'agit de découvrir « *comment être à la fois sa mère et différente d'elle ?* ». **La puberté, par la féminisation qu'elle impose au corps, le rend identique à celui de la mère.** Elle réactive alors chez la future anorexique une indifférenciation désirée et insupportable : « *comment ne pas ressembler à celle dont on ne peut ni se détacher ni se déprendre ?* » (Laxenaire [89])

La relation mère-fils n'est pas teintée des mêmes enjeux. En effet, **les spécificités du premier processus de séparation-individuation** déterminent la séparation du garçon de son premier objet d'attachement. **Il doit renoncer précocement à sa mère pour s'identifier à son père,** tandis que la petite fille maintient plus longtemps le lien identificatoire à la mère.

En effet, le petit garçon a « *en principe les moyens de se dégager de la mère par le fait qu'il possède un pénis que la mère n'a pas* » (Schaeffer [127]). Dans son origine étymologique, le sexe se rattache à ce qui est « *coupé et séparé* ». Ainsi de **posséder un pénis visible permet au garçon de se différencier de la mère.** « *Il a valeur de limite et de différence menant à la représentation du sexe et de la différence des sexes* ». Parallèlement, le garçon s'identifie à son père et cette identification permet la médiation par rapport à la dépendance à l'égard de la mère.

Ainsi, selon Jeammet¹, les garçons développeraient moins fréquemment une symptomatologie anorexique de par la médiation que représente l'identification au père par rapport à la dépendance à l'égard de la mère.

La question de la mêmeté est probablement moins prévalente dans la relation père-fils : « *la mère ne peut pas ne pas être présente* ». En effet, le garçon aura « *inévitavelmente séjourné dans la matrice maternelle* » si bien que l'identité sexuelle père-fils transite par la mère c'est-à-dire par la différence. « *Si la différence des sexes entre mère et fils entraîne une discontinuité dans l'identité père-fils, son absence entre mère et fille rend nécessaire la présence d'un tiers non seulement séparateur mais différenciateur* ». (Mugnier [105])

Cette problématique « archaïque trans-corporelle » serait donc plus apte à se développer entre la mère et son bébé fille.

¹ Jeammet : l'anorexie mentale. 1985, Paris, Doin

b) Le développement pulsionnel et la sexualité génitale

(1) Le changement d'objet dans l'Œdipe chez la fille

La grande spécificité du développement libidinal féminin est, selon Freud, le changement d'objet dans l'Œdipe, de la mère au père. Avant cela, filles et garçons sont marqués par leur attachement à l'objet primaire, la mère.

La jeune fille doit accomplir le changement d'objet. Le père devient l'objet d'élection oedipien. Parallèlement la mère pré-oedipienne se transforme en objet rival oedipien, en même temps qu'elle reste le modèle identificatoire prévalent. Ce parcours doit reposer **sur un reniement partiel à l'objet primaire alors que des liens puissants continuent de les lier.** Or, *« le renoncement à l'objet primaire est une perte narcissique, une perte de soi, du double semblable à soi qui peut d'autant plus facilement revenir sur le mode primaire d'une identification hallucinée, [...] de fusion primaire qui est source d'angoisse de perte d'identité »* (Brusset [25])

Chez le garçon, c'est le même objet auquel l'enfant sera attaché lors de l'Œdipe et selon une évolution continue de la mère pré-oedipienne puis oedipienne. Le garçon ne doit donc renoncer qu'à la mère, son substitut à l'âge adulte pouvant l'évoquer par la conservation du sexe de l'objet primaire : *« l'homme retrouve la mère dans la femme aimée. »* (Brusset [25])

(2) L'expérience des transformations pubertaires et les modalités d'investissement corporel

La puberté confronte l'adolescent à sa réalité corporelle et donc à ses limites car elle réactive alors les angoisses de castration: la reconnaissance de la différence des sexes confronte le sujet à la finitude sexuée qui met en péril le narcissisme (Chiland [39]).

Toutefois, l'impact des transformations pubertaires ne se pose pas de la même façon chez la fille et chez le garçon.

Chez le garçon, la puberté, comme métamorphose du corps infantile, est moins précoce, moins rapide et moins apparente.

Selon Crisp¹ et Flament [58], la puberté plus tardive de deux ans en moyenne chez le garçon que chez la fille laisserait à celui-ci « *davantage de temps pour développer des mécanismes intrapsychiques et comportementaux d'adaptation aux changements pubertaires* ».

Par ailleurs, « **le choc psychologique des premières règles n'a pas d'équivalent chez le garçon** » (Laxenaire [89]). En effet, alors que les règles peuvent être vécues comme « *souillure* » (Gueguen [66]), les premières érections et éjaculations conscientes, sans doute le point de repère le plus visible pour le jeune homme, bien que non dénuées d'angoisse, sont aussi, selon Gueguen [66], « *source de puissance et de plaisir* ».

De plus, **les formes féminines qui remanient le corps ne peuvent être cachées** : elles soumettent la jeune fille au regard de l'autre. Elles déterminent également une modification des modalités du complexe de castration. La poussée des seins fait que les différences avec le garçon ne renvoient plus seulement au manque. **Le corps de l'adolescente se met à ressembler au corps de la mère** : les transformations pubertaires « *s'approchent dangereusement de la scène primitive et de la réalisation incestueuse* » : (Schaeffer [127])

Au contraire, la puberté masculine détermine des transformations moins « visibles », moins « offertes aux regards ». « *L'homme peut toujours garder le secret autour de sa sexualité. Mais la femme comment peut-elle garder le secret de ce qui se passe dans son corps ?* » (Mugnier [105]). La puberté « *submergera le garçon, même s'il a ce type d'attachement [fait d'une relation d'emprise] d'un sentiment nouveau et puissant, fait d'une conscience de soi encore plus agressive qui lui permettra de s'affirmer à nouveau, ce dont il n'était pas capable lors de la prépuberté.* » (Bruch [20]).

De plus, Brusset souligne que **chez l'homme, les « attributs génitaux continuent [dans le prolongement de l'enfance] à être le centre de leur narcissisme**. Le pénis permet normalement au garçon, notamment à la puberté de « *ne pas engager son corps tout entier dans la dynamique des choix d'objet* ».

Chez les femmes, la puberté induit une « nouvelle distribution de l'investissement libidinal »: **le narcissisme secondaire s'attache au corps tout entier.** « *Tout son corps (son visage, ses seins, ses hanches, ses jambes... mais surtout pas son sexe) qui semble érogénéisé*

¹ Crisp : anorexia nervosa : let me be, Londres, Grune and Stratton, 1980

et idéalisé tandis que chez le garçon c'est exactement le contraire » (Gueguen [66]). Cette nouvelle distribution de l'investissement narcissique et érogène du corps permet « *l'exploitation du corps comme objet proposé aux regards et à l'admiration* ». « *L'absence chez les filles de cet ancrage du narcissisme corporel permet de rendre compte de l'intensité des investissements en jeu dans ce désir de modifier son apparence corporelle* » (Brusset [25]).

Finalement, la problématique narcissique se joue chez le garçon au niveau du pénis et donc de son affirmation virile quand la problématique narcissique féminine se joue au niveau de l'apparence (Brusset [25]). La centration des conflits sur le rapport avec le corps propre est finalement déterminée par les spécificités de la puberté féminine.

Au total, à travers ces spécificités de la puberté en fonction du sexe, la conduite anorexique, en tant que manipulations corporelles, se comprend comme une tentative de solution plus spécifiquement féminine des difficultés psychologiques. Chez la jeune fille, l'expression de la problématique narcissique se centre plus volontiers sur l'image du corps et sur le corps dans son ensemble. **Chez l'homme la recherche de l'objet de complétude narcissique sera alors peut-être plus volontiers tournée vers un objet « externe », au premier sens du terme.** Cette perspective pourrait en partie expliquer les choix d'objets d'addiction, « objets transitoires » tels que les qualifie Mac Dougall, plus volontiers masculins tels que les substances psycho-actives.

D'autre part, chez le garçon, la centration sur le pénis des investissements narcissiques focalise l'angoisse de castration. « *Il est source de plaisir, garant du désir et moyen de réassurance par la réalité corporelle vis-à-vis du fantasme de castration. Il peut être l'objet de déni, de même que l'image du corps peut être clivée* ».

Mais, « *le garçon n'a pas les moyens de modifier directement au niveau de son corps cet indice majeur d'appartenance à un sexe, comme le peut la jeune fille, en réduisant par l'amaigrissement les transformations pubertaires visibles* ». (Brusset [25]).

(3) L'indétermination relative de la sexualité génitale féminine

. La jeune fille, à la différence du garçon, est confrontée à **une relation plus intériorisée à sa sexualité**, « *du fait que son appareil génital n'est pas directement accessible à la vue et au toucher* » (Gueguen [66]). La féminité « *sur le plan de l'avoir* » est réduite à « *un contenu incertain* » (Chiland [39]). En effet, « *La planche anatomique* » n'est pas superposable à l'expérience vécue ni chez la petite fille, qui « *ne sait pas clairement ce qu'elle a* », ni chez la femme adulte. Les sensations urinaires, anales, plus tard vaginales sont mal localisées, non focalisées.

Ces éléments peuvent rendre compte des modalités spécifiques du complexe de castration chez la jeune fille qui témoigneraient, chez elle, de la prévalence de la dimension d'oralité.

En effet, c'est le ventre, l'intérieur du corps qui peut être objet d'angoisse ou menacé de destruction. Cette menace, contrairement au garçon, où elle s'apparente à une menace de d'arrachement et de coupure, s'apparente à une menace d'envahissement et d'intrusion (Schaeffer [127]). Le « **travail du féminin** » s'apparente donc à **tenter de symboliser ce qui entre en soi et ce qui sort de soi et s'inscrit dans une dimension orale et anale prévalente**.

D'autre part, Brusset souligne que l'absence de pénis est interprétée, non pas comme chez le garçon, par le fantasme de retranchement traumatique mais comme un préjudice subi. **Cette absence vient en résonance quasi-immédiate avec la phase orale du développement où le sevrage est un premier préjudice qui sous-tend celui de l'absence de pénis**. Cette spécificité explique probablement les **liens entre avidité orale et castration chez la fille**. « *Cette problématique s'ordonne dans l'anorexie dans une relation très étroite avec la mère d'autant que l'impossibilité dans laquelle s'est trouvé le père d'assumer son rôle du fait de son exclusion semble avoir empêché le changement d'objet que requiert le développement libidinal de la fille* ».

Finalement, comme le souligne Brusset [25], « *la sexualité féminine implique davantage que la sexualité masculine l'intérieur du corps, le rapport dedans/ dehors, contenant/ contenu d'une manière qui met directement en jeu le conflit activité/ passivité, domination/ soumission, elle trouve des articulation différente avec la pré-génitalité c'est-à-dire avec l'oralité et l'analité* ».

Cette spécificité de la sexualité féminine et des modalités défensives qui s'y rattachent éclairent probablement en partie la tentative de maîtrise de ce qui est ingéré et éliminé (à travers la restriction mais aussi les vomissements, l'utilisation des laxatifs et des diurétiques).



Enfinement, « les garçons et les filles n'ont pas le même rapport à leur corps. Le garçon est plus tourné vers l'extérieur, vers la motricité et le mouvement. Son agressivité trouve des voies de décharge sur des objets extérieurs, tandis que la fille est plus tournée vers elle-même (du fait peut-être aussi d'une agressivité masculine plus acceptée par la culture ?) ».
« La culture, l'anatomie, la relation à l'objet primaire font que le corps féminin est plus investi (par la jeune fille comme par l'environnement) que le corps masculin qui ne serait qu'un instrument au service d'une action. » (Gueguen [66])

III. DES FORMES PARTICULIERES D'ANOREXIE MENTALE CHEZ L'HOMME ? DES FORMES CLINIQUES AUX FORMES FRONTIERES.

La faible prévalence de l'anorexie masculine peut être éclairée, en partie, à travers la notion d'une certaine vulnérabilité féminine pour la maladie, en rapport avec des facteurs biologiques, sociaux mais aussi en lien avec les spécificités du développement pulsionnel et affectif féminin.

Nous avons également évoqué une difficile reconnaissance du syndrome chez l'homme tant par l'entourage direct que médical et, ce, dans le prolongement de la perspective historique. Finalement, cette faible prévalence rend-t-elle compte d'une réelle rareté du phénomène ou plutôt d'une rareté du diagnostic ?

En d'autres termes, le jeune homme peut-il être protégé du diagnostic sans pour autant l'être de la maladie ?

Il est très vraisemblable que l'anorexie mentale masculine soit effectivement plus rare que la forme féminine. Ainsi, « la probabilité » pour le médecin de rencontrer un tel jeune homme et de « se faire une expérience clinique » est donc plus aléatoire. Le garçon anorexique, bien que présentant tous les signes « nécessaires » au diagnostic, pourrait peut-être y échapper au profit d'hypothèses organiques retardant la prise en charge. Toutefois, l'anorexie mentale masculine est-elle tout à fait une anorexie comme les autres ?

L'anorexie masculine est fréquemment citée dans les ouvrages consacrés à l'anorexie mentale comme une « forme clinique particulière », puisqu'elle est... masculine !

Finalement, il s'agira ici de s'interroger sur des « **formes cliniques particulières** » de l'anorexie masculine elle-même, qui pourraient de par leur fréquence déterminer une difficulté à poser le diagnostic.

La réalité de ces différentes formes, dont le nombre n'est toutefois probablement pas exhaustif, a pu émerger à travers les éléments de réflexion des deux parties précédentes. Ainsi, nous avons évoqué l'anorexie prépubère, à plus forte prévalence masculine. Bien qu'elle ne se distingue pas foncièrement de la forme adolescente, il semble nécessaire de la décrire brièvement. Les formes plus « atypiques », telles que Bruch les définit, se rapprochent peut-être des anorexies marquées par les éléments de désorganisation dont Chambry a pu souligner la fréquence.

Sur le plan symptomatique, la fréquence de l'hyperactivité sportive qui peut parfois occulter la restriction alimentaire, pose, certes la question de la difficulté à poser le diagnostic, mais aussi des liens qui peuvent exister entre pratique sportive, sous une forme plus ou moins addictive, et anorexie mentale.

Pour finir, existe-t-il des formes frontières qui se rapprocheraient de l'anorexie mentale, par une symptomatologie ou par des enjeux sous-jacents communs ?

A. DES FORMES CLINIQUES PARTICULIERES D'ANOREXIE MASCULINE ?

1. L'anorexie pré-pubère

Tous les auteurs s'accordent pour souligner **la fréquence remarquable des cas masculins** dans les formes pré-pubertaires.

Les différentes études sont peu claires quant aux critères utilisés pour définir la présence ou non d'un développement pubertaire. En fait, il semble que, dans les cas d'anorexie mentale ayant débuté avant l'âge de treize ans, les sujets masculins représentent environ 30% des cas. (Halfon et coll. [70], Bryan-Waugh [28], Mouren-Simeoni [104]). Apparaît alors **la forte proportion de garçons dès lors que sont prises en compte les formes de l'enfance¹**.

L'anorexie prépubère, du moins dans sa forme débutant avant douze ans, reste particulièrement rare, et concernerait **5% de l'ensemble des cas d'anorexie mentale**.

Sur le plan clinique, l'anorexie mentale de l'enfant est très similaire à la forme de l'adolescence. La conduite alimentaire, l'amaigrissement, l'hyperactivité physique et intellectuel sont tout à fait typiques du syndrome. Les réaménagements familiaux autour du

¹ Une étude d'Halfon et coll. [70] compare deux groupes d'anorexiques en fonction de l'âge de la première consultation (de 7 à 13 ans et après treize ans). Elle était particulièrement rare avant cet âge mais se distinguait par une forte proportion (35%) de garçons contre 3% dans le second. Bryan-Waugh [28] rapporte l'étude de Fosson¹ et coll. qui retrouve parmi 48 sujets dont la maladie a débuté entre 7 et 13 ans, que 13 étaient des garçons. Celle de Higgs¹ détermine un intervalle allant de 8 à 16 ans au moment de l'écllosion du trouble et retrouve 30% de garçons. Mouren-Simeoni [104] rapporte 8 garçons pour 11 filles dans un échantillon de sujets chez qui l'anorexie a débuté entre 8 et 12 ans.

symptôme, le renforcement de la dépendance aux objets primaires et la dimension de maîtrise sur soi et sur les autres sont prédominants. De façon plus spécifique, il existe fréquemment une **réduction des apports liquidiens pouvant parfois mettre en péril le pronostic vital**. Les difficultés diagnostiques amènent souvent à un grand nombre d'examens complémentaires et à un retard de prise en charge (Le Heuzey [90]).

Garçons et filles se distinguent, tout comme chez les adolescents, par le type de préoccupations autour du corps. Les garçons valorisent les corps athlétiques et leur investissement de l'activité physique est justifié par l'admiration qu'ils portent à la musculature des sportifs. Parfois, les préoccupations autour de maladies liées au poids rationalisent la conduite. Les filles, elles, sont inquiètes de leur poids et recherchent la minceur.

Les complications somatiques sont spécifiquement marquées par le **ralentissement ou l'arrêt de la croissance**. Ce retard de croissance ne serait pas directement lié à la dénutrition (qui toutefois entraîne une résistance à la *Growth Hormon*) mais, comme le souligne Olivry [110] serait plus proche du « *nanisme de détresse* » décrit par Kreisler. Il serait en lien avec la des troubles narcissiques et des perturbations de la relation d'objet. Par ailleurs, Jeammet¹ a noté dans ces formes avec retard de croissance « *un climat émotionnel chargé de tension et d'affects violents, ni parlés, ni même agis [...]* ». La croissance s'améliore avec la renutrition mais souvent de façon incomplète (Le Heuzey [90]).

Les antécédents personnels de troubles alimentaires ainsi que les troubles du comportement et les troubles relationnels de la petite enfance sont plus fréquents que dans les formes du sujet jeune. Il existerait une grande fréquence des traits obsessionnels (50% contre 25% ce qui serait en lien, selon Olivry [110], avec la forte représentation masculine) mais aussi une présence **d'éléments dépressifs précoces** (Mouren-Simeoni [104]). Se dégage une tendance à observer une plus grande fréquence d'événements majeurs, pouvant en partie expliquer la précocité du déclenchement de l'anorexie. Le fonctionnement familial ne paraît pas spécifique en regard des données de la forme pubertaire.

Sur le plan évolutif, le jeune âge au moment du début des troubles est un critère de gravité évolutive. De même, les formes avec retard de croissance sont de mauvais pronostic, étant donnés les troubles personnels et familiaux qu'elles sous-tendent [110]. Il existerait à long

¹ Jeammet: Anorexie mentale et retard de croissance. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1984 ; 32 : 221-239

terme un **retard du processus pubertaire**. Une étude concernant des cas féminins a constaté un retard des menstruations jusqu'à l'âge de 25 ans pour certaines patientes (Mouren-Simeoni [104]).

Ces résultats ne concernent, certes pas les sujets masculins, toutefois, nous nous interrogeons alors sur le cas de Paul. Agé de vingt ans il présente un retard pubertaire manifeste alors même que la conduite a « officiellement » débuté vers seize ans. Existait-il des troubles sub-cliniques auparavant ? Ce retard pubertaire pouvait-il révéler, déjà avant l'expression symptomatique des troubles, des difficultés à s'engager dans le processus pubertaire (sur le modèle de l'aménorrhée qui peut précéder la conduite alimentaire pathologique et l'amaigrissement) ?

Il semble, toutefois, qu'il faille **différencier les formes immédiatement pré-pubertaires où la puberté « peut garder son pouvoir événementiel propre »** [110], des formes strictement pré-pubertaires survenant dans l'enfance et dont le déclenchement paraît indépendant de la puberté (Jeammet¹).

Dans ce dernier cas, il s'agit d'une pathologie particulièrement grave dans la mesure où *« elle témoigne d'un échec de la période de latence à tenir à distance les conflits. La plus grande fragilité narcissique de ces patients et leur dépendance plus étroite à l'égard du milieu familial ne rendent même pas nécessaire, pour remettre en cause leur équilibre, l'impact traumatique de la puberté. »* (Olivry [110]).

Ces éléments incitent à évoquer l'anorexie mentale chez un garçon devant un retard pubertaire et un ralentissement de la courbe de croissance.

¹ Jeammet: Anorexie mentale et retard de croissance. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1984 ; 32 : 221-239

2. L'anorexie « atypique » : une anorexie masculine... typique ?

Les classifications nosographiques permettent de poser le diagnostic d'anorexie mentale selon des critères symptomatiques. Toutefois, il semble que cette catégorisation syndromique ne permette pas de rendre compte de la diversité des situations cliniques et psychopathologiques rencontrées.

Nous avons, déjà et à plusieurs reprises, évoqué les observations de Bruch [20] et Chambry [38]. Nous les reciterons ici, puisque les patients qu'ils ont eus l'occasion de rencontrer se distingueraient des anorexiques, que nous qualifierons de « classiques », par de nombreux aspects.

Ainsi, Bruch [20] s'attache à distinguer, parmi dix sujets répondant par leur conduite alimentaire au diagnostic d'anorexie mentale, les cas « atypiques » des cas « typiques » se rapprochant de l'« anorexie essentielle » de la jeune fille.

« C'est en insistant sur les éléments dynamiques fondamentaux, et en clarifiant l'évolution de la vie du malade, les expériences interpersonnelles, les conflits émotionnels et les carences psychologiques, qu'on a pu ainsi définir le syndrome d'anorexie mentale primaire et le distinguer d'un état où le refus de nourriture et la cachexie étaient liés à des troubles psychiatriques variés. »

Par typique, elle entend une conduite anorexique sous-tendue par « **une tentative désespérée pour établir un sentiment de contrôle et d'identité** », chez des patients exempts d'expression symptomatique pendant l'enfance.

Chez les sujets atypiques, (considérés initialement comme des « *exemples typiques d'anorexie mentale* ») la « **fonction alimentaire est perturbée avec des altérations diverses de sa signification symbolique, la minceur étant qu'un sous-produit accidentel** ». D'autre part, « **leur mode de vie, les circonstances qui avaient précipité la perte d'appétit et le refus de nourriture étaient très différents** » de ceux rencontrés dans l'anorexie « essentielle » de la jeune femme.

Selon cette distinction, **quatre de ses dix patients étaient considérés comme atypiques**. Bruch souligne que parmi les observations rapportées, avant elle et parmi de très petits échantillons, que la majorité semblait correspondre à cette forme atypique (Bliss et Branch incluent dans leur « *rapport* », trois malades âgés de 21 à 32 ans qui n'avaient « *en commun que la perte de poids et un certain degré de défaitisme* ». Dally insiste sur

l'hétérogénéité du groupe de ses six malades, dont cinq étaient ainsi « atypiques » et âgés de 19 à 42 ans).

Enfin pour Bruch, l'anorexie « typique » ne concernerait que des sujets prépubères quand la seconde forme se développe chez des sujets plus âgés.

Chambry [38], lui aussi, souligne la diversité des situations cliniques, familiales et psychopathologiques, diversité occultée par les classifications syndromiques.

Nous avons souligné la fréquence chez ses patients des **éléments de souffrance psychique infantile** marquée par des **troubles du développement évoquant des processus psychotiques**. A l'adolescence, ces histoires infantiles aboutissent à **des tableaux cliniques variés mais sévères**, allant de la dysharmonie évolutive, à la névrose obsessionnelle grave, à la psychopathie ou à la schizophrénie. Dans tous ces cas, la « **pathologie familiale** » est manifeste et sévère, soit de par des pathologies psychiatriques avérées des parents, soit du fait de situations familiales très désorganisées.

Sur le plan clinique, les conduites sont avant tout marquées par une dimension impulsive manifeste.

La **conduite alimentaire** est marquée par la **dimension boulimique** souvent au premier plan, pouvant parfois **occulter un jeûne total**. Ainsi, « *la conduite alimentaire ne semble être qu'une des expressions d'un fonctionnement addictif marqué par la fréquence de la dépendance aux produits* » (cannabis, amphétamines, et alcool) et par la **répétition des tentatives de suicide**. Les **difficultés dans la prise en charge** sont également soulignées. Les hospitalisations s'illustrent par la fréquente inefficacité du contrat de poids et de séparation, par les nécessités de réalimentation par sonde ainsi que par les « **attaques du cadre** » et les **mouvements de rupture et de passage à l'acte**.

Ces particularités cliniques, au regard du tableau féminin, concernaient **douze de ces seize patients**. Pour lui, « *toutes ces différences deviennent des ressemblances si l'on compare ces garçons à des filles concernées par les troubles graves des conduites alimentaires avec une composante boulimique prévalente* ».

Chambry les oppose à l'« *anorexie essentielle* » féminine. Celle-ci se caractérise pour lui « *par une apparition du trouble en lien direct avec la puberté après une enfance sans troubles mentaux apparents, chez une jeune fille sans troubles mentaux majeurs dans une*

famille se présentant comme normale ». Finalement, seuls quatre des patients de l'échantillon peuvent être considérés comme « comparables » aux jeunes filles anorexiques, en terme clinique, évolutif et de par leur histoire personnelle et familiale ainsi que par leur problématique narcissique prévalente mais particulièrement sévère.

Au vu des caractéristiques de ses patients, il considère l'anorexie mentale masculine comme « plus hétérogène », dans tous les cas fort « différente » de l'anorexie mentale féminine classique.

Toutefois, ce caractère « différent », « atypique » constituerait finalement, à la lecture de ses observations, une caractéristique masculine... « typique ».

Pour éclairer ces données, évoquons le point de vue trans-structural de l'anorexie mentale comme de l'ensemble des addictions. Venisse [141] rappelle, à la suite de Bergeret, qu'il « *n'existe aucune structure psychique profonde et stable spécifique de l'addiction* » qui s'apparente plus à « *une tentative de défense et de régulation contre les déficiences ou les failles occasionnelles de la structure profonde en cause* ». Cette approche trans-structurale des addictions ramène à la notion de fragilités narcissiques. Elle rend compte de « **la double polarité** classiquement décrite à propos des différentes conduites addictives : **un versant plutôt psychopathique dans lequel domine l'impulsivité et les risques de désorganisations graves** (souvent reliés à d'importantes carences précoces) et **un versant plutôt névrotique, au niveau duquel les capacités de représentation et de conflictualisation intrapsychiques sont plus marquées, avec de ce fait une dimension plus compulsive et des émergences dépressives manifestes** ». Classiquement le pôle psychopathique à dimension impulsive se retrouve chez des sujets volontiers concernés par la dépendance aux produits, plus fréquemment des hommes et se rapproche du registre des organisations limites. L'anorexie mentale « essentielle » s'inscrit plutôt dans ce second pôle, du registre plutôt névrotique, où prédomine la dimension compulsive. Finalement selon Chambry, l'anorexie masculine s'inscrirait plus volontiers dans la première modalité de fonctionnement psychique.

Soulignons que les cas de Julien et de Paul semblent s'inscrire dans la forme « typique » décrite par Bruch. Ils s'écartent incontestablement des situations cliniques, familiales et personnelles chaotiques décrites par Chambry.

Difficile de conclure puisque la littérature rend rarement compte de l'histoire personnelle et familiale des patients, ainsi que des enjeux de leur conduite. Toutefois, elle apporte un certain éclairage et nous incite à penser que les sujets décrits par les deux auteurs ne constituent pas la majorité des patients masculins. En effet, **quelques traits divergents peuvent être soulignés.**

Ainsi, selon une **approche dimensionnelle de la personnalité**, apparaissent, une **tendance à l'évitement des situations nouvelles, un conformisme, une moindre impulsivité** et un **perfectionnisme**. Ces traits de personnalité semblent tout à fait discordants avec cette dimension d'impulsivité manifeste des patients de Chambry. Par ailleurs, bien que fréquente, la pathologie familiale n'est pas plus marquée que chez la jeune fille. D'ailleurs Albert [3] soulignait l'apparente « *banalité* » des familles d'anorexiques masculins. En revanche, la fréquence des conduites boulimiques dans la population des anorexiques viendrait-elle rendre compte de la fréquence de ces formes particulières ?

Par ailleurs, concernant les enjeux de la conduite, les auteurs s'accordent pour considérer l'anorexie mentale masculine comme une **tentative de sauvegarde de l'individualité sur fond de fragilité des assises narcissiques et de problématique identitaire.**

Enfin, malgré une abrasion des différences sur le plan comportemental, l'anorexie masculine pourrait déterminer **une diversité des fonctionnements psychiques, diversité qui « recouvre toute l'étendue du champ de la psychopathologie de l'adolescence »** (Chambry [38]). L'« *anorexie essentielle* », ne pourrait être, et **seulement pour certains auteurs qui s'appuient sur de petits échantillons**, qu'une des multiples formes cliniques et psychopathologiques de l'anorexie masculine.

3. Anorexie masculine et hyperactivité sportive : d'une forme symptomatique à des formes frontières ?

Certaines pratiques sportives, d'autant plus à haut niveau, pourraient constituer un facteur de risque de développer un trouble du comportement alimentaire. Ce risque est avant tout statistique et ne préjuge pas d'un lien de causalité. Il interroge toutefois les liens entre anorexie mentale et hyperactivité sportive.

La conduite anorexique peut-elle être induite par la pratique de certains sports ? Les sujets vulnérables pour ce trouble s'y engagent-ils plus volontiers ?

Certains aspects de la pratique sportive peuvent-ils se rapprocher du fonctionnement anorexique ? Certaines formes de pratiques sportives « pathologiques » pourraient-elles se rapprocher de certains aspects de l'anorexie mentale tant sur le plan symptomatique que psychopathologique ?

En premier lieu, revenons sur l'hypothèse que nous avons évoquée plus avant. En considérant que la conduite anorexique pouvait être facilement rationalisée par un ascétisme sportif, **nous avons suggéré que la pathologie pouvait facilement passer inaperçue dans la population des sportifs.**

a) Fréquence des troubles alimentaires avérés et subcliniques chez les sportifs

Les études épidémiologiques viennent confirmer la fréquence des troubles alimentaires sub-cliniques ou avérés dans la population des sportifs.

Les troubles alimentaires sub-cliniques sont particulièrement surreprésentés dans les sports où la minceur joue un rôle important. Leur prévalence varie, en fonction des études, de **15 à 65% chez les filles et de 5 à 15% chez le garçon**, ce dernier chiffre se rapprochant de la prévalence de la population générale, par ailleurs, quasiment identique dans les deux sexes. (Purper-Ouakil [118]).

En revanche, concernant les cas **d'anorexie mentale avérée**, une étude norvégienne de Sundgot-Borgen¹ met en évidence **(selon les critères du DSM-IV) 20% de cas d'anorexie mentale chez les femmes et 8% chez les hommes, au sein des équipes nationales junior et senior.** Rappelons que dans la population générale, on considère que la prévalence de

¹ "Eating Disorders among male and female athletes. Br. J. Sports Med. 1999; 33: 434

l'anorexie mentale est de 1% chez les femmes et de 0,2% chez les hommes. Elle serait donc vingt fois plus fréquente chez les athlètes féminines et jusqu'à **quarante fois plus fréquente chez les athlètes masculins.**

Enfin, la grande majorité des sportifs atteints de troubles alimentaires sont des **femmes**, mais ces troubles ont souvent **peu prononcés**. En revanche, **chez les sportifs hommes atteints, ils sont généralement plus sévères et constituent plus fréquemment un diagnostic avéré**. Peres [115] souligne qu'ils sont d'ailleurs « *relativement ignorés, voire négligés ou oubliés* ».

Ces résultats penchent en faveur d'une difficulté à repérer le caractère pathologique des troubles chez les hommes sportifs en particulier de haut niveau.

Une des difficultés de repérage des troubles alimentaires avérés chez les athlètes tient peut-être à des **traits de caractère relativement proches entre sportifs de haut niveau et anorexiques**. Ainsi, Peres [115] souligne que « *les différences peuvent être faibles entre la rigueur mentale et l'ascétisme, entre l'entraînement intense et excessif, entre le respect de l'entraîneur et la soumission, entre la performance malgré l'inconfort et le déni de la douleur* ».

Pour autant, sportifs de haut niveau et anorexiques se distinguent, mais parfois de façon ténue, par de nombreux aspects. Chez les premiers, « *la stabilité émotionnelle, la confiance en soi, la force morale, la recherche de l'excellence et une certaine survalorisation obsessionnelle associée au culte du moi, au narcissisme, à l'engagement dans l'entraînement* » s'opposent à « *la conformité, le manque de réponse à ses propres besoins et à ses attentes personnelles, le perfectionnisme, l'obsession, la rigidité de pensée, la dépendance, le sacrifice pour l'autre* » des seconds.

Finalement, la différence est faible et le risque de ne pas identifier l'anorexie est élevé (Thompson et coll.¹).

¹ Thompson R.A. et coll.: "Good athlete", traits and character of anorexia nervosa are there similar? Eating disorder 1999; 7; 181-189. cité par Peres []

b) Spécificités des conduites alimentaires chez certains sportifs, notamment dans les milieux à risque de développer un trouble du comportement alimentaire chez l'homme

Chez les hommes, les sports à risque de développer un trouble du comportement alimentaire sont, ceux où la culture maintient **permanente la préoccupation autour du poids** et peut perpétuer des **comportements alimentaires et corporels particuliers**. Ils font appel à des croyances ritualisées concernant la façon de se nourrir, comportements favorisés par un fonctionnement en vase clos.

Selon Mickalide [103], les **lutteurs** dans leur majorité rapportent des **fluctuations de poids** de cinq à neuf kilos par semaine durant toute la saison de compétition. Les **jockeys** s'engagent dans des comportements de **restriction, de vomissements auto-induits, de prise de laxatifs et de diurétiques** avant les compétitions afin de répondre aux normes exigées par l'institution sportive. Les **culturistes** (Afflelou [2]) pratiquent des **périodes de diètes hydriques**, « *véritables purges de l'organisme* » appelées « périodes de séchage », susceptibles d'entraîner une perte de poids importante en un minimum de temps.

Toutefois, la **très grande majorité de ces sportifs cessent leur conduite alimentaire aberrante** et se détachent des préoccupations pondérales dès lors que se termine la saison, contrairement aux sujets atteints de troubles alimentaires avérés.

c) Réflexion sur la nature des liens statistiques entre pratique sportive et trouble du comportement alimentaire

(1) La pratique sportive : « inducteur » de trouble alimentaire ?

La potentialité d'induction du trouble alimentaire par la pratique sportive a été évoquée chez des athlètes antérieurement indemnes de TCA.

Une des hypothèses serait, que la nature du sport pratiqué pourrait influencer la santé et le devenir psychologique des enfants investis dans une pratique sportive, en focalisant leur attention sur le poids (Afflelou [2]).

La rigidification des comportements alimentaires, parfois par des méthodes extrêmes de restriction, répond « *non seulement aux contraintes de la discipline mais aussi à la tendance à la toute puissance et à la recherche de maîtrise constituant un terrain propice aux troubles du comportement alimentaire* » (Afflelou). A l'adolescence, le sport permet une transformation agie du corps par le biais des entraînements. « *La fragilité narcissique, le remaniement identitaire, la difficulté des enjeux face à la performance et l'importance du regard d'autrui, sont autant de facteurs qui rendent vulnérable vis-à-vis des TCA* ». C. Carrier [34] souligne ainsi la difficulté de passer du néo-corps sportif au « corps sexué d'adulte », témoignant probablement de la difficulté à renoncer à la tout puissance infantile.

Par ailleurs, les restrictions alimentaires répétées et les pratiques corporelles imposées par la nécessité de performance, prédisposeraient ces sujets à développer un TCA en favorisant une vulnérabilité psycho-biologique.

Dans une perspective biologique, **auto-privation et hyperactivité physique s'entretiendraient mutuellement (Kohl [88])**. Hyperactivité physique et restrictions alimentaires seraient intimement liées par une stimulation réciproque et continue du système sérotoninergique¹. Ce même type de stimulation concernerait le système opioïde endogène et pourrait déterminer une « sensation de bien-être » **voire une « dépendance au jeûne »**. Elle constitue le « **modèle d'addiction aux opioïdes endogènes** ». S'y articuleraient les conséquences du jeûne et de l'activité physique sur la libération d'endorphines, qui elles-mêmes viendraient renforcer ces comportements (Kohl [88]).

Même s'il existe très probablement un mécanisme d'entretien du trouble selon un schéma biologique et comportemental, la pérennisation de la conduite nécessite, selon Mickalide [103], un **terrain psychopathologique préalable**.

¹ Kohl [88] remarque que, chez le rat, l'association d'une hyperactivité physique et d'une restriction de nourriture entraîne une augmentation du métabolisme de la sérotonine dans l'hypothalamus médio-basal. L'activité motrice induirait la stimulation du système sérotoninergique conduisant à la réduction de l'alimentation et à une perte de poids pouvant constituer un nouveau stimulus de l'activité motrice selon une boucle d'auto-entretien. Cette stimulation sérotoninergique participerait de la perte d'appétit et de l'activité physique intensive.

(2) La pratique sportive comme activité d'élection des sujets vulnérables pour les TCA

Les sujets présentant une vulnérabilité préalable peuvent-ils être amenés à s'investir dans de telles activités ?

L'idée est que les sujets vulnérables pourraient trouver dans la pratique sportive un milieu propice où pourra s' « épanouir » leur trouble (Afflelou [2]).

D'une part, la pratique sportive est un moyen pour perdre du poids. Certains sujets vulnérables et préoccupés de leur aspect physique peuvent ainsi justifier leur conduite alimentaire par les nécessités de performances. Ainsi, nous l'avons vu, les hommes surinvestissent l'activité sportive lorsqu'ils sont insatisfaits de leur corps quand les femmes s'engagent dans des conduites alimentaires restrictives.

La dimension de maîtrise et d'hyperactivité physique au cœur du rapport au corps dans l'anorexie mentale vient probablement rendre compte du fréquent investissement sportif des garçons anorexiques.

Cette hyperactivité compulsive pourrait peut-être se rapprocher de l'addiction au mouvement décrite par C. Carrier [34]. Un des points communs pourrait être la possible fonction anti-dépressive de ces comportements, et qui s'associe à un contrôle important des affects (Purper-Ouakil [118]).

Certains traits de personnalité, tels que le perfectionnisme, la persévérance sont fréquemment retrouvés dans l'anorexie mentale et pourraient jouer un rôle dans le choix des pratiques sportives et l'orientation vers un entraînement intensif.

D'autre part, certains sports d'endurance, notamment la course à pied, entraînent volontiers un aspect physique relativement « androgyne ». Ce type d'activités est d'ailleurs parfois associé chez l'homme à une baisse du taux de testostérone (Flament [58]) et pourrait « séduire » les jeunes hommes vulnérables ou du moins favoriser la poursuite de la pratique.

<p>La pratique sportive pourrait être envisagée, consciemment ou non, comme un cadre de développement du trouble alimentaire. Elle permettrait en plus de la perte de poids, l'épanouissement des dimensions de maîtrise, de perfectionnisme et d'hyperactivité physique.</p>
--

Au total,

La valorisation sociale de la pratique sportive voire la « glorification » des valeurs liées au sport de haut niveau (persistance des entraînements malgré la douleur ou la fatigue, la recherche de l'excellence et de la performance à la limite de la rupture) permettent, probablement d'autant mieux, de **banaliser et de rationaliser** le comportement alimentaire pathologique.

La limite floue et ténue entre « rigueur sportive », « ascétisme sportif » et « anorexie mentale », dans une sorte de continuum entre normal et pathologique, vient probablement rendre compte des difficultés à repérer les troubles avérés du comportement alimentaire chez les sportifs.

Enfin, la conduite anorexique masculine pourrait donc, peut-être plus fréquemment que chez la jeune femme, prendre l'aspect d'un ascétisme sportif au sein d'une pratique de haut niveau qui occulterait le caractère pathologique des troubles.

En troisième lieu, la nature du lien entre anorexie mentale et activité sportive est probablement complexe. Elle semble entre autre marquée par une dimension addictive commune. Elle interroge sur une sorte de continuum entre anorexie mentale et addiction au sport et de là sur des formes « frontières » avec l'anorexie masculine. Certaines « addictions au sport », plus volontiers masculines, pourraient-elles rendre compte, malgré une symptomatologie a priori fort différente, d'éléments cliniques et psychopathologiques communs ?

B. DES FORMES FRONTIÈRES D'ANOREXIE MASCULINE ?

Notre interrogation quant à un ou des « équivalents » masculins d'anorexie mentale a, en réalité, été sollicitée par deux notions qui nous paraissent principales dans la compréhension de la pathologie.

En premier lieu, soulignons que l'anorexie mentale est, parfois de façon controversée, le plus souvent rattachée au spectre des addictions (Venisse [141], Jeammet [76]). Or, chaque conduite addictive sans être ni strictement féminine, ni strictement masculine, a une forte prédominance soit féminine, soit masculine (Braconnier [18]). Ainsi, la forte prévalence féminine de l'anorexie mentale a été rapprochée de la forte prédominance masculine des conduites toxicomaniaques et notamment de la dépendance à l'héroïne. Les parentés cliniques, physiopathologiques et psychopathologiques de ces deux types de conduite ont fait évoquer l'idée que l'anorexie mentale pourrait être l'équivalent d'« *une toxicomanie féminine* » (Brusset [22]).

De par les parentés physiopathologiques, épidémiologiques et symptomatiques entre anorexie mentale et exercice physique intensif, du fait aussi qu'elle s'inscrit dans une pratique de manipulation corporelle où le corps est investi de façon totale, l'addiction au sport semble devoir être individualisée.

Un deuxième axe de réflexion s'inscrit dans la notion d'une éthio-pathogénie multifactorielle de l'anorexie mentale. En effet, elle s'organise au carrefour du champ somatique, du champ psychologique et du champ social qui s'influencent les uns les autres. L'expression symptomatique de l'anorexie mentale, telle qu'elle est décrite, est modulée par ces trois facteurs. Or ils ne déterminent pas tout à fait les mêmes caractéristiques selon le sexe. Le choix de l'objet d'addiction dépend ainsi de multiples facteurs, notamment personnels et socio-culturels.

Nous nous interrogeons, alors, sur l'existence d'une « anorexie mentale » plus spécifiquement masculine : les spécificités somatiques, psychologiques et sociales liées au sexe masculin peuvent-elles déterminer, dans le champ des addictions, des formes différentes d'anorexie mentale ?

Certaines formes d'addiction à l'exercice physique seraient-elles des anorexies masculines comme les autres ?

Revenons sur les théorisations du concept d'addiction, concept que nous avons d'ailleurs fréquemment évoqué tout au long de ce travail.

1. Le concept d'addiction

La notion d'addiction, **concept transnosographique**, se situe en rupture avec l'idée de maladie et celle de structure pathologique de la personnalité. Les processus addictifs se situent dans la logique d'un processus poly-dimensionnel et plurifactoriel. Soulignons qu'aucune de ces théorisations ne peut rendre compte à elle seule des modalités de fonctionnement psychique des sujets addictés.

Le terme « addiction », par son étymologie latine « *addictus* » qui signifie esclave pour dette, fait référence à **la contrainte par corps et sous-tend la notion de dépendance**.

a) Les perspectives psychiatriques et comportementales de l'addiction

(1) La définition de Goodman¹

Elle constitue une des références principales. Il s'agit d' « *un processus par lequel un comportement susceptible de permettre à la fois la production d'un plaisir et le soulagement d'une sensation de malaise, s'organise d'une manière qui inclut la notion de perte de contrôle et la poursuite de ce comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives.* » (Venisse [144]).

Six critères principaux ont été définis :

A/ Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de mouvement.

B/ Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.

C/ Plaisir ou soulagement pendant sa durée

D/ Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.

E/ Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :

1/ Préoccupations fréquentes au sujet du comportement ou de sa séparation.

2/ Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.

3/ Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.

¹ Goodman: Addiction: Definition and Implications. Br. J. Addiction 1990; 85: 1403-1408

4/ Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.

5/ Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.

6/ Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.

7/ Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou physique.

8/ Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité

9/ Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.

F/ Certains de ces éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

(2) Sur le plan cognitivo-comportemental (Pedinielli [113])

L'addiction se manifeste par une tendance irrésistible à s'engager dans un comportement néfaste avec finalement un conditionnement opérant, et dont les résultats du comportement vont pousser le sujet à le répéter. Il s'agit d'un conditionnement d'un comportement néfaste en réponse à une tension interne, mode particulier de résolution d'un problème qui tend à appauvrir les autres stratégies d'adaptation.

(3) Recherche de sensations et gestion hédonique

L'approche de Zuckerman¹ [113], par la notion de « *sensations seeking* » décrit des stratégies adaptatives à un vécu désagréable et centrées sur la quête de sensations. Toutefois ce besoin de sensations varie d'un sujet à l'autre, selon, probablement, des facteurs de vulnérabilité physiologiques et environnementaux. Ce besoin accru d'expériences nouvelles et de **prises de risques sociaux et physiques** se retrouve de façon préférentielle chez les sujets addicts. La rencontre du sujet avec son objet d'addiction serait marquée par un haut niveau de sensations et d'activité cérébrale avant de devenir un moyen prépondérant de gestion hédonique, de promouvoir un comportement aux dépens des autres puis d'installer la dépendance. Soulignons que cette approche des addictions s'applique difficilement à l'anorexie mentale.

¹ Zuckerman : « Theoretical formulations I » in Zubeck Sensory deprivation : fifteen years of research, Appelton-Century-Croft NY

b) Perspectives psychodynamiques

Ces orientations théoriques tentent d'éclairer les grands phénomènes communs à toutes ces conduites : la défaillance identitaire et l'échec du narcissisme primaire, l'échec de l'introjection et le fonctionnement incorporatif. Quatre développements constituent de façon communément admise, les grands axes de cette approche psychanalytique.

(1) Les pratiques de l'incorporation de Gutton [68]

Le texte de Gutton, bien que s'étendant au-delà des conduites dites addictives, en constitue une des théorisations princeps. Il tente de rendre compte d'un ensemble clinique vaste chez les jeunes filles marqué par « *la volonté de se remplir* », témoignant de « *leurs aspirations impétueuses* », « *leurs avidités surprenantes* » à l'origine d'une consommation effrénée. Gutton place le narcissisme au cœur de cette problématique notamment à travers l'opposition entre dépression (organisatrice) et dépressivité (opposée au travail de substitution) et à travers le recours à la projection sur le corps.

Gutton oppose introjection et incorporation. L'introjection est un phénomène symbolique, organisateur constitutif de l'objet interne, et qui permet d'élaborer la perte et de signer la séparation d'avec l'objet externe. L'incorporation est un mécanisme imaginaire qui vise à nier la perte de l'objet et masque l'échec de l'introjection. Le recours à l'objet externe pallie au sentiment de vide interne, cette vacuité intérieure traduisant le défaut de constitution d'un objet interne stable.

(2) Le modèle de l'ordalie de Charles-Nicolas et Valleur [113]

Le modèle de l'ordalie ne constitue pas une théorie de l'addiction, mais concerne certains de ses aspects. La dimension ordalique¹ de certaines conduites addictives s'inscrit dans un comportement répété de mise à l'épreuve, de prises de risques, visant une auto-régénération par confrontation à la mort. Elle signe, pour le sujet, son droit à l'existence, dans un fantasme d'omnipotence et de déni de la filiation.

¹ Ordalie est un terme qui désigne des pratiques anciennes, le plus souvent judiciaires. Elles consistaient à soumettre certains sujets « suspects » à une épreuve particulièrement douloureuse voire à une confrontation directe avec la mort dont l'issue relevait alors de l'intervention de la puissance divine qui seule pouvait trancher le Bien et le Mal et où la survie innocentait le sujet

(3) La notion de théâtre du transitionnel, d'objet transitoire et de dispersion de l'affect de Mac Dougall [96] [97] [98]

Mac Dougall désigne par le terme d'addiction **l'ensemble des conduites caractérisées par l'agir et la dépendance** où « *l'acte et l'objet partiel prennent le pas sur une conscience d'un objet externe total* ».

Incapable de tolérer l'excitation liée à l'expérience émotionnelle qu'elle soit douloureuse ou agréable et « ***esclave d'une seule solution*** » pour y échapper, le sujet addicté saisi son objet d'addiction pour « *mettre un écran de fumée sur la quasi-totalité de son expérience affective* ». Cette solution « *somato-psychique* » addictive constitue une « *tentative infantine de se soigner* »

Une première notion fondamentale de l'apport de Mac Dougall est celle de la « **forclusion de l'affect** » ressenti comme profondément menaçant du fait des défaillances de l'organisation du Moi. L'« *acte-symptôme* » ou « *décharge de l'affect dans l'agir* » est le mode privilégié de maintien de l'homéostasie chaque fois que l'équilibre économique est menacé. Cette solution addictive de « *resomatization de l'affect* »¹ justifie le **rapprochement avec le fonctionnement psychosomatique**.

Le message de la psyché se réduit donc à un message d'action non verbal car l'élaboration est impossible. Plutôt que de pensée opératoire ou d'alexithymie, Mac Dougall préfère parler de « **désaffectation c'est-à-dire d'incapacité quasi-totale à garder le contact avec ses émotions** », parce que les expériences précoces d'émotions intenses ont menacé le sentiment d'intégrité et d'identité. Elles ont nécessité d'ériger un système défensif solide « *pour prévenir un retour de leur vécu traumatique porteur d'une menace d'anéantissement* ». Il n'existe ni déni psychotique de la réalité ni refoulement névrotique : l'idée et l'affect qui l'accompagne sont éjectés hors de la conscience et **projetés sur un objet externe que ce soit un objet inanimé ou le corps**.

Mac Dougall en cherche les origines à travers un défaut de constitution des représentations et une absence des limites du Moi des sujets, chez qui surgissent **des angoisses « au-delà de l'angoisse de castration », angoisse de fusion, « fantasme d'un corps pour deux »** où « *le Je risque de perdre ses repères narcissiques et identificatoires.* »

¹ C'est à dire lorsque la partie psychique de l'émotion est évacuée et permet à la partie physiologique de s'exprimer comme dans la première enfance.

La scène transitionnelle qui n'est « ni une création psychotique, ni un compromis névrotique mais qui emprunte aux deux catégories » est remplie d'objets transitionnels pathologiques, les **objets transitoires**. Les objets d'addiction sont transitoires car ils n'ont « ni la signification ni le destin d'un véritable objet transitionnel [de Winnicott] à savoir un objet en voie d'introjection puis d'identification ». Ils sont alors « toujours à recréer car toujours en dehors et ne parviennent pas à fournir au delà d'une brève période le réconfort exigé. »

Ce sont des **substituts de la mère interne, mère soignante – apaisante** « *parce qu'elle manque dans le monde interne* » de sorte qu'elle doit être recherchée dans le **monde externe**. Ce défaut de représentation de la mère, comme introject pare-excitatoire et dispensateur de soins, fait que le sujet est submergé par ses émotions. **L'addiction a alors une fonction positive restitutive du processus transitionnel défaillant.** Cette entrave aux processus d'introjection entraîne un **clivage entre le monde subjectif et le monde réel**. Il existe une « *adaptation complaisante à ce qui est demandé par l'autre* » et qui sera détachée de la réalité psychique interne.

L'objet transitoire se substitue alors à l'objet total car maîtrisable, manipulable et immuable.

Elle recherche les origines de ce processus défaillant dans la nature des relations à l'objet primaire. **L'enfant vécu comme prolongement narcissique n'est pas reconnu dans ses désirs propres et dans son individualité.** Cela instaurera chez lui une crainte de développer ses propres ressources psychiques pour atténuer ses tensions affectives, qu'il tentera de calmer en se tournant vers le monde externe : la présence rassurante et nécessaire de la mère, puis plus tard l'utilisation de l'objet d'addiction. **Cette tentative auto-thérapeutique « échoue nécessairement dans le fait qu'elle est une tentative somatique plutôt que psychologique pour faire face à l'absence ou à la douleur mentale. »**

Le processus de l'anorexie mentale se situe dans un continuum entre processus addictif et psychosomatique. Le corps, objet externe clivé du monde interne, objet partiel maîtrisable et manipulable est le support projectif des émotions inintégrables psychiquement.

(4) Le concept d'antagonisme narcissico-objectal de Jeammet [79]

Nous avons déjà évoqué les conceptions de Jeammet à travers l'antagonisme narcissico-objectal typique de l'adolescence et paradigme de la problématique anorexique.

Soulignons de plus que la **solution addictive, à travers l'aliénation à un objet addictif**, permet un « *compromis attractif* » pour gérer cette dépendance insupportable aux objets primaires et aux objets externes et pour gérer les menaces d'intrusion : fuite du conflit, apport de sensations de source externe occultant les émotions internes, mise sous emprise d'un néo-objet de substitution représenté par la conduite addictive. « *A l'évitement des émotions correspond la quête substitutive des sensations* ». Le lien addictif « *n'est plus un lien d'échange mais un lien de contact, de surface, où il faut s'assurer que l'autre est là, au contact mais toujours en dehors et donc contrôlable* ».

Les conduites addictives s'auto-renforcent et constituent alors la relation de dépendance que l'adolescent fuyait avec ses parents. Ce néo-besoin et cette dépendance au réel marquent l'échec des intériorisations à venir, au profit de la dépendance à un objet qui n'assure « *aucun réapprovisionnement narcissique et accroît le vide intérieur et le besoin des objets* ».

Le comportement addictif a donc une fonction anti-objectale, anti-introjective où il s'agit d'évacuer toute trace de lien avec l'objet « au profit de sensations violentes pour se sentir exister ».

Les principales théorisations de l'addiction soulignent le défaut d'introjection et sa substitution par un agir incorporatif identifiant, et en même temps, désorganisateur sur le plan développemental. L'achoppement du processus de séparation-individuation et l'antagonisme narcissico-objectal trouvent alors dans la conduite addictive une tentative de solution auto-thérapeutique.

2. Addiction au sport

a) Dimension addictive du sport

Glasser¹ en 1985, à la suite d'une observation de longue durée des athlètes de haut niveau mais aussi des coureurs occasionnels, propose que la pratique sportive puisse devenir une pratique addictive. Dans sa conception, la « *poursuite d'une activité physique devient addiction par dépassement d'un effet seuil d'ennui, de fatigue et de lassitude* » (Velea [139]).

En effet, la pratique sportive aurait un effet addictogène renforcé par plusieurs facteurs.

Ainsi, la **libération des endorphines et le bien-être** qui lui est lié, sont un phénomène souvent décrit chez les coureurs de fond et les marathoniens. **L'augmentation d'une forte estime de soi, de par la prise de conscience** de ses capacités physiques et d'endurance, de par le constat des modifications corporelles, peut entraîner le développement d'une véritable compulsions. (Velea [139])

Pour Velea, l'apparition et le maintien de l'addiction représentent une forme d'adaptation aux conditions de vie, aux stress et aux sollicitations diverses. Il s'agirait d'une manière « positive de coping » face aux situations difficiles et au stress du quotidien.

Une seconde dimension addictive se retrouve à travers la notion d'addiction au risque mise en évidence chez certains pratiquants de sports dangereux tels que la course automobile ou le parachutisme (Purper-Ouakil [118]). Cette prise de risque a été associée au trait « recherche de sensations » et à une faible perception du danger. Par la pratique du sport, le sujet pourrait rechercher un niveau optimal de stimulation. Cette forme d'addiction s'inscrit dans la « quête de sensations » décrite par Zuckerman.

Le modèle du lien addictif au mouvement a été développé par C. Carrier [34], à partir d'une pratique de médecin du sport et de psychiatre dans un centre de formation pour sportifs de haut niveau. L'entraînement sportif intensif est associé à des sensations internes kinesthésiques et musculaires susceptibles d'envahir l'économie psychique du sujet. La **répétition des entraînements et la ritualisation des gestes pourraient favoriser une**

¹ Glasser cité par Velea [139]

dimension addictive de l'activité physique qui se manifesterait par le caractère envahissant de la maîtrise du mouvement. La difficulté de cesser l'activité lors des blessures, de se sevrer de l'activité pendant les vacances et l'appauvrissement des autres intérêts rendent également compte de cette dimension addictive. La dimension de maîtrise du corps que l'on retrouve également chez les anorexiques et qui accompagne l'entraînement sportif intensif peut conduire à une restriction des affects sur le mode d'un fonctionnement opératoire et alexithymique (Michel [102]).

Pour Velea, « pour une partie des sportifs de haut niveau, le sport interviendrait de la même manière qu'un stupéfiant comme remède à la souffrance psychique ou corporelle, ainsi le sport pratiqué au quotidien de manière répétitive empêcherait la « pensée douloureuse » ». Cela semble se rapprocher des théorisations de Mac Dougall à travers la notion de forclusion de l'affect, alors projeté sur un objet externe que ce soit un objet inanimé ou sur le corps.

Dans certains cas, la dimension addictive de l'entraînement sportif semble se rapprocher d'une symptomatologie obsessionnelle-compulsive telle qu'elle peut apparaître dans l'anorexie mentale.

b) Critères de la dépendance à l'exercice physique

« Le principe de l'addiction à l'exercice physique tient dans l'usage d'une situation routinière (la pratique d'un geste répétitif, sans satisfaction immédiate) afin d'obtenir une augmentation de l'estime de soi, à travers une multitude d'effets physiques et psychiques » (Velea [139]).

Les critères de la dépendance à l'exercice (D. Velea, 1991) (Velea [139])

1. Réduction du répertoire des exercices physiques conduisant à une activité physique stéréotypée, pratiquée au moins une fois par jour.
2. L'activité physique est plus investie que toute autre.
3. Augmentation de la tolérance de l'intensité de l'exercice, d'année en année.
4. Symptôme de sevrage avec tristesse lors de l'arrêt (volontaire ou contraint) de l'exercice physique.
5. Atténuation ou disparition des symptômes de sevrage à la reprise de l'exercice.
6. Perception subjective d'un besoin compulsif d'exercice.

7. Réinstallation rapide de l'activité compulsive de l'activité après une période d'interruption.
8. Poursuite de l'exercice physique intense en dépit de maladies physiques graves causées, aggravées ou prolongées par le sport. Négligence des avis contraires donnés par les médecins ou les entraîneurs.
9. Difficultés ou conflits avec la famille, les amis ou l'employeur liés à l'activité sportive.
10. Le sujet s'oblige à perdre du poids en suivant un régime pour améliorer ses performances.

Deux types d'addiction à l'exercice physique ont été plus volontiers individualisés : la course à pied compulsive¹ et l'addiction au bodybuilding sur laquelle nous reviendrons.

De là, une première « forme frontière » d'anorexie mentale masculine peut apparaître : la course à pied compulsive serait-elle un analogue volontiers masculin de l'anorexie mentale ?

En 1983, Yates [150], se fondant d'abord sur des parentés physiopathologiques entre les deux troubles, proposait que la course à pied soit un « analogue » de l'anorexie mentale. L'hyperfonctionnement des systèmes endorphiniques, régulièrement induit au bout d'un certain nombre de kilomètres de course, est à l'origine d'une sensation de « *discrète euphorie avec impression de légèreté corporelle particulière* » (Venisse [141]). Elle pourrait se rapprocher de l'exaltation créée par la sensation de faim chez l'anorexique, et qui éclairerait partiellement la notion d' « *orgasme de la faim* » évoqué par Kestemberg [84].

Selon Yates, « les coureurs obligatoires », plus volontiers des hommes, partagent également avec les anorexiques une organisation obsessionnelle de leur pensée autour d'un objectif corporel jamais atteint. La recherche de performances se substituerait à la recherche de minceur. La dimension d'ascétisme et de maîtrise du corps, la mauvaise reconnaissance des sensations, ainsi que la dimension de dépressivité et de faible estime de soi où la problématique identitaire semble au premier plan, les rapprochent encore. Yates propose alors que les « coureurs obligatoires » soient des analogues masculins des anorexiques féminines.

¹ **Running Addiction Scale (Chapman et Castro, 1990) (Velea [139]):**

1. Je cours très souvent et régulièrement. (+1)
2. Si le temps est froid, est chaud, s'il y a du vent je ne cours pas (-1)
3. Je n'annule pas mes activités avec mes amis pour courir. (-1)
4. J'ai arrêté de courir pendant au moins une semaine pour des raisons autres que des blessures. (-1)
5. Je cours même quand j'ai très mal.
6. Je n'ai jamais dépensé d'argent pour courir, pour acheter des livres sur la course, pour m'équiper. (-1)
7. Si je trouvais une autre façon de rester en forme physique, je ne courrais pas. (-1)
8. Après une course, je me sens mieux. (+1)
9. Je continuerais de courir même si j'étais blessé (+1)
10. J'ai besoin de courir au moins une fois par jour (+1)

Une forme d' « anorexie athlétique » a été également décrite chez les jeunes femmes athlètes, associant une aménorrhée, des restrictions alimentaires volontaires, une peur intense de devenir obèse sans, toutefois, de troubles de l'image du corps ni de perte de poids rapide. La baisse du taux de testostérone chez les coureurs réguliers (Flament [58]) dans ce cas, pourrait-il venir rendre compte du même type de phénomène ?

Toutefois, Blumenthal en 1984 n'a pas retenu cette hypothèse au vu de l'absence de similitudes entre les profils psychologiques (au MMPI) des sujets anorexiques et coureurs compulsifs. De la même façon, Powers¹ (cité par Afflelou [2]) montre **qu'en dépit d'hypothétiques similitudes, il existe peu de traits psychologiques et physiologiques communs entre anorexiques et coureurs compulsifs.**

c) **Liens épidémiologiques avec les autres conduites addictives.**

Nous avons déjà évoqué les liens épidémiologiques entre pratique sportive et troubles du comportement alimentaire. Des liens avec les addictions aux substances psycho-actives ont également été mis en évidence (Lowenstein [94]).

La consommation de produits dopants nous intéresse plus particulièrement.

« *Le dopage est l'utilisation au cours des compétitions ou en vue d'une participation à une manifestation sportive, de substances destinées à améliorer artificiellement les performances sportives et inscrites sur une liste déterminée par arrêté* ». Les conduites dopantes peuvent en être rapprochées. « *Elles concernent la consommation de produits autorisés mais relèvent d'une démarche psychologique et de bénéfices attendus similaires* » (Purper-Ouakil [139]).

L'étude de Bilard [14] s'attache à déterminer les caractéristiques des appels reçus pendant l'année 2000, à l'antenne « Ecoute dopage » mise en place en France en 1998 par le ministère de la Jeunesse et des Sports. **72% des appelants sont des hommes.** Les trois sports les plus cités sont la **musculature**, le **cyclisme** et l'**athlétisme**.

Chez les sportifs amateurs, se sont essentiellement les **adeptes de salle de sport**, de **musculature et de body-building** qui semblent présenter un **usage nocif et une dépendance**. Chez ces sujets, plus que l'effet psycho-actif du produit (Velea [139]), il semble que l'effet

¹ Powers : Comparison of habitual runners and anorexia nervosa patients. Int. J. Eat. Dis. 1998; 23; 133-143

recherché concerne plus volontiers l'amélioration de la performance physique et les transformations de la forme du corps. Pour Bilard, ces sujets semblent « *aliénés à un corps imaginaire que les produits façonnent* », produit auquel est souvent attribuée une fonction « *magique* ».

Cette dépendance au bodybuilding¹ (Velea [139]) nous semble devoir être individualisée, car elle rejoint le deuxième axe de notre réflexion. En effet, elle paraît s'inscrire dans un contexte culturel particulier, marqué par la valorisation de l'image corporelle et par le culte de la performance.

3. Le complexe d'Adonis : une formulation moderne d'anorexie masculine ?

Les modifications (que nous avons évoquées plus haut) des représentations du corps masculin traduisent vraisemblablement une augmentation de l'investissement narcissique du corps à la fois sur le plan social et individuel. L'apparence comme moyen privilégié de valorisation narcissique semble « gagner » les hommes. Peut-on alors envisager alors que le corps masculin devienne plus volontiers le support des difficultés narcissiques et identitaires sous-jacentes ?

Ainsi, de telles modifications dans l'investissement du corps pourraient-elles rendre compte d'une augmentation de la pathologie anorexique chez l'homme ? Bien que les études soient controversées, il est loin d'être évident que l'anorexie mentale masculine soit réellement en augmentation.

Or, parallèlement, le complexe d'Adonis est une formulation diagnostique relativement récente. Il concerne le plus souvent des hommes présentant un trouble majeure de l'image du corps : se trouvant toujours trop maigres, ils s'engagent dans une recherche effrénée de

¹ Critères de dépendance au body-building selon Smith, 1998 (Velea [139])

1. Je m'entraîne même quand je suis malade ou grippe.
2. Il m'est arrivé de continuer l'entraînement malgré une blessure.
3. Je ne raterais jamais une séance d'entraînement.
4. Je me sens coupable si rate une séance d'entraînement.
5. Si je rate une séance d'entraînement, j'ai l'impression que ma masse musculaire se réduit.
6. Ma famille et/ou mes amis se plaignent du temps que je passe à l'entraînement.
7. Le bodybuilding a complètement changé mon mode de vie.
8. J'organise mes activités professionnelles en fonction de mon mode de vie.
9. Si je dois choisir entre m'entraîner et travailler, je choisis toujours l'entraînement.

muscularité. L'investissement du corps total comme support de la valeur narcissique ainsi que les similitudes comportementales avec l'anorexie mentale lui ont donné son nom anglo-saxon d' « anorexie nervosa reverse ». (Olivardia et Pope [109])

Nous ferons l'hypothèse que cette forme clinique particulière, et plus spécifiquement masculine, pourrait rendre compte de certains déterminants psychologiques se rapprochant de ceux sous-tendant la conduite anorexique. L'idée est que les stéréotypes sociaux viendraient colorer, moduler l'expression symptomatique de ces difficultés psychologiques sous-jacentes.

a) L' « Anorexie Inverse » ou Complexe d'Adonis

(1) Description clinique du complexe d'Adonis

Cette forme clinique a été décrite aux Etats-Unis en 1993 par Pope et coll.¹ sous le terme d' « *Anorexia Nervosa Reverse* », en observant les conduites liées aux transformations corporelles et les troubles de l'image du corps qui leur étaient associés, chez certains hommes bodybuilders.

Ainsi, ils ont décrit chez nombre de culturistes, **des troubles du comportement alimentaire associés à une consommation de dopants.**

En effet, les sujets investis dans une activité de musculation et utilisant des stéroïdes anabolisants sont plus volontiers **sujets aux préoccupations concernant l'image du corps** que les sujets sportifs non consommateurs. **La perception d'un corps trop maigre vient justifier la prise de stéroïdes anabolisants en vue d'augmenter la masse musculaire** (Cole [42]). Ces sujets présentent des éléments psychopathologiques fréquemment associés aux troubles du comportement alimentaires, comme le confirment leurs scores plus élevés à l'Eating Disorders Inventory (Pickett [116], Kanayama [81], Cole [42]). Les scores les plus élevés sont retrouvés chez ceux présentant un **phénomène de dépendance aux produits**. Ils se distinguent des sujets « sains » par des scores plus élevés aux échelles **de capacité intéroceptive, de crainte de la maturité et de sentiment d'inefficacité et de difficultés dans les relations interpersonnelles.**

¹ Pope and coll.: Anorexia nervosa and « reverse anorexia » among 108 males bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 1993, 34: 406-409

Lorsque ces conduites alimentaires et cette consommation de produits dopants sous-tendent un trouble de l'image du corps et que la recherche effrénée de musculation mène l'ensemble des activités mentales et physiques du sujet, Pope l'inscrit dans le cadre de la pathologie.

L'« *anorexia nervosa inverse* » se caractérise par un **trouble de l'image du corps**. Il se traduit par **l'impression douloureuse d'être toujours trop maigre ou jamais assez musclé**. **L'ensemble des activités mentales et physiques est centré de façon obsessionnelle** sur l'insuffisance du volume musculaire. Les conduites de transformations corporelles s'attachent de **façon compulsive à augmenter la masse musculaire à travers des exercices intensifs et quotidiens de musculation et l'utilisation de produits anabolisants**.

La **consommation de produits dopants** est particulièrement fréquente et a pour but avoué de **se rapprocher au plus près de cet idéal masculin musclé**, désir qui serait directement **en lien avec une faible estime de soi** (Leone [91]). Le **caractère pathologique de la conduite fait l'objet d'un déni**, tout comme les **conséquences néfastes sur le plan somatique, social, affectif et professionnel** qu'elle occasionne, conséquences néfastes qui n'empêchent pas sa poursuite. D'ailleurs, **l'arrêt de la conduite provoque un sentiment de culpabilité et un malaise général**.

Les sujets présentant une telle symptomatologie sont fréquemment investis dans une pratique du **culturisme en compétition, de lutte** mais également dans des **activités de musculation en centre de remise en forme**. Il est probable que les sujets se percevant comme trop maigres ou peu musclés soient volontiers amenés à s'investir dans de telles activités (Cole [42]).

Olivardia et Pope [109] décrivent une pathologie survenant **au début de l'âge adulte**, chez des sujets présentant de fréquentes **pathologies psychiatriques associées** (notamment des antécédents de **pathologies dépressives** ou bipolaires ainsi que des **troubles anxieux**). **L'association comorbide avec les troubles du comportement alimentaire concernerait 30% des sujets**. Chez ceux n'ayant pas ce type d'antécédents, les scores à l'EDI sont toutefois significativement plus élevés que chez les sujets témoins recrutés parmi les membres d'un club de sport.

Nous n'avons pas retrouvé d'éléments de la littérature pouvant rendre compte des déterminants psychologiques sous-tendant la conduite. Toutefois, Kanayama [81] évoque que les **inquiétudes concernant l'image du corps s'associent à une perception relativement**

« *étroite et stéréotypée* » de la notion de virilité mesurée au « Males Roles Attitudes Scale¹ ».

Olivardia et Pope [109] classent cette forme pathologique parmi la **catégorie nosologique des troubles dysmorphophobiques**, qui s'en distingue toutefois par le fait qu'elle n'est pas focalisée sur une partie du corps mais **s'attache au corps dans sa totalité**. Ils ont ainsi dénommé l'« anorexia nervosa reverse » en « **muscle dysmorphia** ». Pour Leone [91], elle se rattache à une forme de trouble obsessionnel-compulsif.

Finalemment de nombreux éléments permettent de rapprocher anorexie mentale et dysmorphie musculaire.

- En premier lieu **la dimension addictive d'un comportement en lien direct avec un trouble sous-jacent de l'image du corps et survenant à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte**. La conviction d'être « trop maigre » semble venir en écho à celle d'être « trop grosse ». Ainsi la tentative effrénée de gagner en volume musculaire paraît se substituer à la recherche d'être toujours plus mince. L'utilisation des produits dopants peut-elle constituer un équivalent symptomatique des conduites de contrôle du poids ?
- La fréquence des comorbidités avec les troubles alimentaires, les troubles dépressifs et les troubles anxieux.
- **L'investissement corporel du corps dans sa globalité et qui semble le support de l'identité masculine**. Cet investissement corporel particulier vient-il rendre compte d'une communauté psychopathologique avec l'anorexie mentale ? Dans ce sens, le terme français de « complexe d'Adonis » rend probablement mieux compte des enjeux de la conduite.

En effet, Adonis est le dieu phénicien de la Végétation honoré dans le monde gréco-romain. Passé en français sous forme de substantif, il définit « *un jeune homme d'une beauté remarquable* » (selon le Larousse). Dans ce sens, Velea [139] souligne, chez ces jeunes hommes, que les préoccupations liées à l'image de soi se traduisent également par une fréquence excessive des soins du corps et du visage, par la valorisation majeure des choix

¹ Cette échelle propose d'évaluer les attitudes face aux rôles sexués. Ainsi les sujets consommateurs répondaient plus fréquemment positivement à des items tels que « *un homme perd de sa capacité à se faire respecter s'il évoque ses problèmes* », « *Cela me gêne si un homme agit comme une fille* », « *les hommes sont toujours partant pour les relations sexuelles.* » Nous ne connaissons pas la validité de cette échelle.

vestimentaires, par l'inspection dans le miroir de la moindre imperfection et par « *la peur panique qui découle de la découverte d'un tel signe inquiétant* ». Cette notion de beauté inscrit la **dimension spéculaire au premier plan et l'investissement du corps dans sa capacité à venir concrétiser la valeur narcissique du sujet.**

Nous sommes ainsi tentés de rapprocher anorexie mentale, plus spécifiquement féminine, et Complexe d'Adonis, volontiers considéré comme une pathologie masculine. Nous souhaitons inscrire ce rapprochement dans le contexte social dans lequel sa formulation diagnostique apparaît.

(2) Hypothèses sur les enjeux du complexe d'Adonis à travers son inscription dans le contexte social

On observe sur le plan social depuis plusieurs années une certaine « **androgynie** » **des rôles féminins et masculins.**

Comme le rappelle Kearney-Cook [82] en même temps que l'adolescent tente d'intégrer les changements corporels de la puberté, il essaie de comprendre le sens de ce qu'est être un homme selon la culture, notamment sur le plan des attitudes et des comportements. Fogel¹ constate que la masculinité est souvent définie en relation et en opposition avec la féminité.

Or, **les conceptions populaires des rôles féminins ont particulièrement changé.** La femme était jusqu'alors traditionnellement « *polarisée sur son intérieur* » (selon Corcos [47] « *sa maison et les enfants, la cuisine et l'église* »). Elle se doit d'être plus active, plus « *agressive* », en un mot plus « *masculine* » [47], participant à la vie économique et professionnelle, à des niveaux autrefois exclusivement réservés aux hommes.

La masculinité, autrefois définie par des rôles sociaux bien déterminés, doit peut-être trouver un autre moyen d'expression différenciatrice. Dans ce contexte où les rôles de genre tendent à s'estomper, où l'investissement narcissique du corps devient un moyen privilégié de valorisation sociale, « *la représentation des corps est loin de s'affadir.* » (Gueguen [66]). **La valorisation du V-shape, modèle corporel d'hyper-virilité, s'opposerait au corps mince féminin, comme tentative de différenciation masculin/féminin** (Kearney-Cook [82]).

¹ Fogel, cité par Kearney-Cook [82]

Tentative de différenciation bien paradoxale puisque cet **investissement du corps total** se rapproche de l'habitus féminin. Il s'agirait alors de se définir « homme » en utilisant des « moyens » féminins.

L'anorexie mentale masculine témoigne d'une identité psychosexuelle fragile où le corps est investi dans sa dimension narcissique de façon globale sur un mode féminin. Finalement il s'agit d'être « asexué », le corps effaçant les signes visibles du masculin. On en vient à se demander s'il n'y aurait pas de nouvelles façons d'exprimer cette fragilité de l'identité psychosexuelle. **La recherche effrénée, addictive, d'une virilité exhibée, à l'opposé de l'« asexuation » de l'anorexique, ne viendrait-elle pas dénoncer une même problématique ? Ces deux mouvements inverses, en miroir, se rejoindraient-ils dans leurs significations les plus profondes ?**

Le premier, le processus anorexique, est aux yeux de tous une pathologie très volontiers féminine. Un garçon qui choisirait un mode d'expression féminin ne pourrait pas nier **si** longtemps aux autres et à lui-même être dans une problématique identitaire. Le second, processus qui mènerait à exhiber une hyper-virilité, viendrait-il occulter cette même problématique sur un « mode masculin » socialement accepté comme tel donc plus facile à justifier, à rationaliser, à soi-même et aux autres ? Ce « mode masculin » en même temps que typiquement féminin sur le plan psychodynamique, témoigne, en tout cas, du caractère finalement paradoxal de telles pratiques.

Chambry [38] souligne que « ***ceux qui peuvent s'appuyer sur des bases suffisamment solides pour soutenir leur identité s'accommodent des réponses non différenciées de l'environnement*** ». Les modifications sociétales des rôles de genre auraient-elles dévoilé les problématiques d'identité psychosexuelle autrefois « bien contenues » par les « repères extérieurs » de ce qu'est « être un homme » ? Ainsi, on a évoqué, selon le même modèle, que la déstabilisation des instances familiales et sociales a pu favoriser l'émergence des expressions symptomatiques des fragilités du narcissisme, telles que la toxicomanie.

Nous faisons l'hypothèse que les nouvelles normes sociales ont, avant tout, permis **l'expression symptomatique** plus fréquente de vulnérabilité narcissique et des fragilités de l'identité psychosexuelle préexistantes et que les stéréotypes sociaux masculins concernant le corps permettent de colorer d'une façon particulière cette expression symptomatique. De la

même façon que la recherche de minceur chez la jeune fille vient rationaliser la conduite, la recherche effrénée du V-shape viendrait la justifier.

En reprenant les termes de Brusset [26], il nous semble que cette « *adhésion contrainte au stéréotype [de virilité] médiatique idéale* » traduit « *le trouble de l'identité sexuelle et la problématique conflictuelle des identifications et des contre-identifications* ».

Le complexe d'Adonis, expression addictive nouvellement diagnostiquée, seraient-elle finalement une anorexie masculine comme les autres ?



Au total : L'anorexie mentale masculine, telle qu'elle a été décrite au cours de la première partie, constitue vraisemblablement une forme commune chez l'homme. Les formes pré-pubères, très rares, et les formes marquées par la dimension impulsive, mais dont la fréquence n'est pas clairement appréciée, ne se distinguent toutefois pas sur le plan syndromique de la forme classique.

En revanche, la fréquence de la pathologie anorexique chez les sportifs de haut niveau semble confirmer la difficulté à repérer le trouble parmi cette population. Cette difficulté tient vraisemblablement à la limite ténue entre normal et pathologique concernant notamment les comportements alimentaires et les traits de caractère.

Pour finir, en considérant qu'« anorexie inverse » et « anorexie mentale » pourraient déterminer des enjeux psychologiques communs, les hommes tourneraient volontiers leur choix symptomatique vers la première solution, expliquant alors peut-être partiellement la faible prévalence masculine du diagnostic d'anorexie mentale.

DISCUSSION

Les effets d'abrasion liés à l'uniformité du comportement anorexique et la prévalence des identifications féminines mettent en évidence l'intensité des conflits d'identité ou d'identification mis en jeu dans l'anorexie mentale. La recherche d'un idéal masculin musclé, l'investissement dans une conduite sportive plus volontiers considérée comme masculine pourraient toutefois s'entendre comme des tentatives de différenciation sexuelle, de revendication de leur identité masculine. Ils favorisent également la mauvaise reconnaissance du trouble.

Par ailleurs, l'énergie à tenter de reconnaître cette entité clinique et à en déterminer les spécificités a probablement occulté la question de la prise en charge thérapeutique de tels patients. Il s'agira probablement de penser cette différence en terme de dépistage et de traitement.

A. La reconnaissance de l'anorexie masculine

La question du dépistage et de la reconnaissance du trouble a pu être soulignée par les deux cas cliniques que nous avons évoqués : le repérage du caractère pathologique de la conduite, et par l'entourage, et par le corps médical, était survenu plusieurs années après leur développement. Il est évident, que la dimension de déni et sa tendance à être « transmis » à l'ensemble de l'entourage familial, social et médical sont, aussi chez la jeune fille, symptomatique de la conduite.

Toutefois, il est probable qu'une meilleure connaissance des facteurs de risque et des formes cliniques d'anorexie mentale masculine permettrait une prise en charge thérapeutique plus précoce. Ainsi, Andersen [9] rappelle que le diagnostic peut être difficile à évoquer chez l'homme et que la reconnaissance du syndrome pâtit probablement de la « bonne connaissance » de l'anorexie mentale féminine et de ses facteurs de risque parmi les professionnels de santé et parmi la population générale.

Il s'agit classiquement d'une femme jeune, blanche, de classes sociale relativement aisée qui maigrit ostensiblement après avoir débuté un banal régime amaigrissant suite à des

réflexions de son entourage concernant son poids. De là, le diagnostic peut passer inaperçu ou être retardé, après de multiples examens complémentaires, chez « les minorités cliniques » : un homme mais aussi une femme plus âgée, un sujet non caucasien. Alors que les jeunes filles anorexiques se recrutent plus spécifiquement dans la population des danseuses ou des mannequins, les sujets « à risque » masculins appartiennent à la population des coureurs, des jockeys, des nageurs ou des culturistes.

1. Difficulté de reconnaissance de la triade symptomatique

Il est possible que l'engagement dans un régime alimentaire soudain et intense, une perte de poids importante chez une jeune fille sans surcharge pondérale évidente puissent plus facilement alerter, ou du moins rendre attentif, un interlocuteur médical ou un entourage familial averti. En revanche, un engagement dans une pratique sportive et la décision de surveiller son alimentation chez un jeune homme qui souffre d'une légère surcharge pondérale, seront peut-être initialement encouragés. Tenter d'améliorer ses performances sportives ou d'éviter une complication cardio-vasculaire dont a souffert le père, de par sa surcharge pondérale et sa sédentarité, n'est-ce pas une raison valable d'intensifier sa pratique sportive et de restreindre son alimentation ?

Par ailleurs, les plaintes sont différentes et s'attachent volontiers à la forme du corps. Contrairement à la jeune fille qui justifie sa conduite par son embonpoint alors qu'elle est déjà très amaigrie, les garçons se plaignent de n'être pas assez performants sportivement, ou bien, pas assez musclés et nous prendrons le risque de dire qu'ils ont, d'une certaine façon,... raison. Quant à l'aménorrhée dont nous avons souligné l'importance à la fois clinique et psychopathologique, elle n'est, bien sûr, pas présente. La triade de Lasègue est probablement parfaitement connue des cliniciens, il est moins évident que ceux-ci s'interrogent spontanément sur l'activité sexuelle de ces garçons. Nous ferons l'hypothèse qu'il est aussi peut-être plus facile d'interroger les jeunes filles sur l'état de leur cycle menstruel, et plus délicat d'interroger ses jeunes hommes sur leur activité sexuelle en terme d'érections et de masturbations, dans ce qu'elle renvoie à la dimension d' « impuissance » volontiers connotée péjorativement, pour l'interlocuteur du moins.

2. Difficultés liées aux différentes formes cliniques

Une deuxième difficulté tient peut-être aussi à la fréquence des formes cliniques « particulières ».

Ainsi, il semble qu'il faille évoquer l'anorexie mentale chez un enfant ou un préadolescent présentant un ralentissement de la courbe de croissance ainsi qu'un retard pubertaire. Chez les adolescents ou les jeunes adultes investis dans une pratique sportive de haut niveau, la difficulté tient à la limite ténue entre normal et pathologique, tant dans le champ du comportement alimentaire, du « comportement sportif » que des traits de caractère entre sportif de haut niveau et anorexique. En faisant l'hypothèse que l'anorexie inverse puisse être un analogue masculin de l'anorexie mentale, il serait alors nécessaire d'être attentif à toute forme de dépendance au bodybuilding.

Finalement le caractère « positif » de l'addiction au sport, qui se traduit souvent par un encouragement socio-familial et médical, rend compte probablement des difficultés à repérer les conduites pathologiques sur le plan alimentaire.

Au total, doit être soulignée la question de la prévention et du dépistage par les professionnels de santé ainsi qu'une meilleure information auprès des professionnels du champ social et du champ sportif.

B. La démarche de soins : des spécificités masculines?

1. Principes généraux de la prise en charge thérapeutique de l'anorexie mentale

a) Les objectifs du soin

Le traitement, ambulatoire ou intra-hospitalier, de l'anorexie mentale est long. Il implique une **prise en charge multifocale** associant la **coordination de plusieurs intervenants**. D'une façon générale, il s'agit de prendre en compte les **aspects somatiques, psychologiques et familiaux du trouble**. Les objectifs de soins s'articulent autour des questions pondérales, corporelles, développementales et relationnelles ainsi que familiales. Bochereau [16] souligne ainsi **la place de la famille** dans le soin, famille qui doit être considérée comme « *un allié thérapeutique* ».

Enfin, les objectifs généraux ne peuvent se réduire à la seule disparition de la conduite anorexique. Ils visent non seulement à faire le deuil de l'inscription comportementale et corporelle d'une souffrance non formulable mais ils doivent aussi permettre une ouverture vers plus d'autonomie et de liberté personnelle, dans un espace personnalisé de changement qui s'inscrit dans le temps. **Les enjeux du soin doivent permettre de « soutenir une capacité de mettre en pensées et en mots ce qui est souffrance impensable et indicible » et d'accompagner « les processus développementaux qui semblaient bloqués »** (Venisse 146)].

b) Les méthodes utilisées

Rappelons la nécessité, parfois, d'une hospitalisation, le plus souvent programmée et préparée avec le patient. Soulignons, (outre les indications d'hospitalisations en lien avec l'état de dénutrition, un trouble dépressif sévère, des idéations suicidaires ou une crise familiale aiguë) que parfois l'hospitalisation peut se décider pour **sevrage d'une hyperactivité très envahissante**. Cette hospitalisation ne reste qu'un temps privilégié du soin. Il se poursuivra bien après en s'inscrivant dans la durée.

Toutefois, le plus souvent possible, la **prise en charge multidisciplinaire en réseau** (généraliste, psychiatre, psychologue, diététicien, thérapeutes familiaux, assistante sociale etc.) s'effectuera en **ambulatorio**, parfois à travers un **étayage institutionnel que peut constituer l'hospitalisation de jour**, au mieux dans un service spécialisé.

Soulignons, à travers la diversité de méthodes thérapeutiques proposées, la place particulière qui est généralement accordé au **contrat de soins**, que ce soit en ambulatorio ou en hospitalisation. Ainsi Corcos souligne qu'il est nécessaire de « *composer avec le danger potentiel que représente pour ces patientes la relation duelle. Face à ce danger, prend toute son importance l'introduction d'un personnage tiers, de dispositifs de prise en charge bifocaux [...]. C'est tout l'intérêt de l'introduction de différentes médiations dans la relation, dont le plus exemplaire est représenté par le contrat [...]* » (Corcos [46]). Par ailleurs, l'auteur pointe la nécessité d'une « *personne référente* » qui doit « *assurer la cohérence du projet thérapeutique et apparaître comme le garant de la propre compétence et valeur de la patiente.* »

Le soin s'articule ainsi le plus souvent autour de **l'élaboration conjointe d'un contrat thérapeutique** posé entre le patient et son ou ses référents (médical, psychologue ou infirmier).

Lors des hospitalisations temps plein, le **contrat de poids avec séparation** reste un outil de soin fréquemment utilisé, mais non systématique. **Toutefois, la séparation qu'elle soit totale ou partielle, matérialisée par l'hospitalisation elle-même, constitue une expérience maturante pour le patient et la famille, favorisant le travail de séparation-individuation.**

La multiplicité des approches thérapeutiques, qui sont de plus fonction de la gravité de la pathologie, ne permet pas de toutes les approfondir ni même de les nommer. **La réponse thérapeutique doit, dans tous les cas, être à géométrie variable et être « adaptée à chaque cas et à chaque étape de l'évolution » (Corcos [46]).**

La renutrition s'effectue, au mieux par des « *moyens naturels* », parfois par une assistance par sonde naso-gastrique lorsque l'état somatique la rend nécessaire (Corcos [46]). Dans tous les cas, **l'approche nutritionnelle et diététique ainsi que l'approche cognitivo-comportementale** aident à la restauration pondérale et du comportement alimentaire.

L'approche chimiothérapeutique psychotrope a une place limitée mais elle peut être nécessaire. Les **antidépresseurs sérotoninergiques** sont parfois utilisés en cas **d'effondrement dépressif**. Ils doivent rester l'exception, tant cette phase de l'évolution constitue un moment privilégié d'élaboration. Ils peuvent aussi avoir une **fonction anti-obsessionnelle** lorsque cette dimension du fonctionnement devient envahissante et douloureuse. **Les anxiolytiques, notamment les benzodiazépines**, peuvent être utilisés pour contrôler les débordements anxieux mais aussi pour apaiser la dimension hyperactive parfois au premier plan, notamment chez les sujets masculins. Soulignons également la place des traitements médicamenteux en lien avec les conséquences somatiques du comportement : **substitution oestro-progestative**, supplémentation calcique et en vitamines D, supplémentation ferrique et vitaminique en cas d'anémie.

L'approche psychothérapeutique individuelle et familiale dépend bien sûr des **références théoriques des thérapeutes**. Elle reste toutefois **au cœur de la prise en charge**.

Corcos [46] pointe, **sur le plan individuel**, l'intérêt des **thérapies d'inspiration psychanalytique** et des différentes méthodes **d'approches corporelles** telle que la relaxation. Les prises en charge institutionnelles permettent souvent de proposer des **médiations individuelles centrées sur le corps** (massages, bains accompagnés) qui permettent un travail de **réappropriation des sensations corporelles**. Elles permettent aussi un mouvement entre références soignantes et groupe de pairs.

La **prise en charge familiale** est nécessaire, au minimum à travers des **consultations parentales ou parents-enfant**, parfois dans le cadre d'une véritable **thérapie familiale** (systémique ou d'inspiration psychanalytique). Il s'agit d'aider à « *se dégager de la polarisation sur les symptômes alimentaires, d'assouplir les modalités les plus rigides de communication et de faciliter la restauration d'une identité propre et de limites plus satisfaisantes chez chaque membre de la famille* ». (Corcos [46])

Les groupes trouvent leur place dans la prise en charge tant individuelle que familiale. Ils permettent la construction de l'alliance thérapeutique, la compréhension d'une pathologie qui les dépasse, l'identification à d'autres individus et restaurent ainsi un sentiment d'appartenance.

2. Quels soins pour les anorexiques masculins ?

Souvent, ces sujets masculins sont hospitalisés dans des unités spécialisées dans les troubles du comportement alimentaire à forte prédominance féminine, ce qui pourrait, selon Chambry [38], accentuer les ressemblances. Sur le plan psychopathologique, nous avons d'ailleurs noté, dans notre introduction, que l'intensité des fragilités narcissiques apparaissait au premier plan de la problématique de Paul et de Julien. Nous avons donc conclu à une problématique tout à fait « identique » à celle de leurs « homologues » féminins. Peut-être même, les avons-nous confondus et oublié ce qui les différenciait fondamentalement, leur identité masculine.

Tout comme chez la jeune fille, la démarche vise, et à faire disparaître la conduite anorexique, et à accompagner les processus développementaux. Toutefois, celle-ci doit peut-être, avant tout, **permettre de « réintroduire » de la différence afin de ne pas participer au clivage et au déni que nous « propose » le patient. Le cadre et la prise en charge institutionnelle devront « penser » le masculin inélaborable par ces patients.** Andersen [9] souligne que le pronostic dépend aussi beaucoup de la capacité à préparer et à anticiper le retour à un « *rôle social divergent* ».

Finalement, la question est de savoir comment la démarche de soin peut aider à ne pas accentuer l'abrasion des différences entre garçons et filles anorexiques.

Soulignons encore la très grande rareté des données de la littérature concernant la prise en charge thérapeutique des patients anorexiques masculins.

En premier lieu, la diversité des situations cliniques nécessite peut-être, encore plus, que chez la jeune fille, la mise en place d'un **soin « à géométrie variable », au plus près des besoins du patients.**

Nous rapporterons, en nous appuyant sur les modalités de prise en charge évoquées plus haut, quelques éléments d'une approche un peu plus spécifique.

Sur le plan somatique, quelques spécificités peuvent être soulignées.

Ainsi, concernant la prise de poids, Andersen [9] pointe qu'elle s'accompagne fréquemment d'une **augmentation de la masse grasse abdominale** qui peut-être **source d'angoisse** pour le patient et qui le renvoie à une identification féminine insupportable, qui serait **à l'origine de rechute**. Il évoque l'idée de favoriser en parallèle de la restauration pondérale et lorsque cela

est possible, **une activité sportive modérée** permettant également le développement musculaire. Cette restauration pondérale doit, selon lui, se poursuivre jusqu'à ce que le taux de testostérone puisse se rapprocher de la normale (même si sa baisse est directement corrélée à l'indice de masse musculaire, des déterminants psychologiques peuvent toutefois lui être associés). Cette restauration hormonale permettra par ailleurs l'augmentation du volume musculaire et ainsi de « redessiner » le corps selon une forme plus volontiers masculine.

Sur le plan hormonal, une **substitution en testostérone** s'avère parfois nécessaire, d'une part pour permettre de diminuer les risques liés à l'ostéopénie et l'ostéoporose, d'autre part pour favoriser la reprise du processus pubertaire lorsque celui-ci est entravé.

Sur le plan comportemental, la question de l'hyperactivité physique est souvent au premier plan. La place de la chimiothérapie peut être discutée, on fera l'hypothèse qu'elle sera souvent nécessaire. Comme chez les jeunes filles, les benzodiazépines constituent une des modalités éventuelles et c'est le choix que nous avons fait concernant Paul et Julien. Toutefois, la piste endorphinique peut être évoquée. La naltrexone, antagoniste aux opiacés, possède une AMM dans la prise en charge des patients alcoolodépendants et certains, dont Venisse, ont imaginé sa place dans l'hyperactivité des anorexiques. L'anorexie masculine, dans sa forme hyperactive constituerait sans doute une indication particulière à cette thérapeutique.

Le cadre thérapeutique doit également permettre de soutenir le travail identificatoire.

La question des mouvements identificatoires à travers **le groupe** de patients reste posée. Peut-on proposer des **groupes spécifiquement réservés aux sujets masculins** où ceux-ci pourront peut-être plus facilement exprimer leurs difficultés (notamment liées à la fragilité d'identité sexuelle) et ébaucher des mouvements identificatoires dans un cadre rassurant et contenant ? Levine [92] souligne que le groupe féminin « *leur renvoie de façon douloureuse le fait d'être atteint d'une maladie dite féminine* ». Il propose une méthode de prise en charge se fondant sur les médiations de groupe de patients masculins et axés sur la réappropriation de leur rôle social. Toutefois, **le faible nombre de sujets masculins pris en charge constitue une limitation évidente et difficile à contourner** de la mise en place de tels groupes.

Dans cette même perspective, Andersen [9] s'interroge sur **la question du sexe du référent institutionnel**. Selon lui, même s'il s'agit évidemment d'inclure hommes et femmes dans l'équipe thérapeutique, un thérapeute masculin pourrait être bénéfique à certaines phases

critiques de la maladie. D'une part, cette question prend plus de sens que chez la jeune fille, puisque le sujet est hospitalisé au sein d'un groupe de patientes. D'autre part, serait-il plus aisé pour lui d'évoquer une problématique d'ordre sexuel avec un thérapeute masculin ? C'est la question du transfert, mais aussi celle du contre-transfert, sur lesquelles nous ne pourrions nous attarder mais qui nécessiteraient plus de réflexion.

La question du travail identificatoire place aussi **la prise en charge familiale** au premier plan de la démarche de soins. Nous avons vu les modalités relationnelles familiales particulières dans lesquelles s'inscrit la conduite anorexique. Là encore, il s'agira de faire alliance avec la famille, qui constitue un « allié » privilégié, et de soutenir sa fonction d'étayage et de ressource pour le patient. Il sera nécessaire d'accompagner la restauration de l'« *identité propre de chacun et de limites plus satisfaisantes chez chaque membre de la famille* », et de tenter de **restaurer le père, du moins de le soutenir, dans sa fonction identificatoire.**

Enfin, c'est probablement, avant tout, la capacité institutionnelle à penser cette différence *impensable* et à contenir l'angoisse qui lui est liée qui permettra la relance des processus développementaux et notamment du processus de séparation-individuation.

CONCLUSION

L'anorexie mentale masculine : une anorexie comme les autres ? Tenter d'ébaucher des réponses à cette question a finalement nécessité de s'interroger sur la « définition » de l'anorexie mentale.

Les classifications nosographiques nous donnent des éléments de réflexions à travers une approche symptomatique du trouble. Dans cette perspective, la réponse semble relativement simple. Les études n'intègrent dans leur cohorte masculine que des sujets répondant aux critères diagnostiques. Ils présentent donc une forme clinique qui associe conduite alimentaire pathologique, amaigrissement, trouble gonadique, « peur intense » de prendre du poids et trouble de l'image du corps. Ainsi, leur âge précoce ou les raisons invoquées lors de leur engagement dans la conduite, leur hyperactivité sportive, la fréquence de la surcharge pondérale prémorbide sont autant de spécificités cliniques, qui ne remettent pas en cause leur appartenance diagnostique.

Le caractère typique ou atypique de l'anorexie mentale ne peut toutefois pas se réduire à des critères comportementaux, de fréquence ou d'intensité comme l'évoquent les « troubles non autrement spécifiés » du DSM-IV.

En considérant les traits de personnalité (selon l'approche dimensionnelle), les enjeux sous-jacents de la conduite anorexique, les modalités du fonctionnement psychique, l'histoire personnelle et familiale des sujets, il devient plus complexe de « définir » l'anorexie mentale, et donc de répondre à notre question principale.

D'une façon générale, on peut toutefois penser que l'anorexie mentale masculine constitue une conduite de refus, où prédomine la dimension compulsive, et qui s'apparente à une solution auto-thérapeutique de sauvegarde de l'individualité sur fond de fragilités narcissiques. Le corps vient concrétiser les difficultés identitaires sous-jacentes, et l'incapacité à élaborer le second processus de séparation-individuation à l'adolescence après une enfance sans trouble apparent. L'ensemble de ces éléments permet de penser que la majorité des cas d'anorexie masculine s'apparenterait à l'« anorexie essentielle » telle qu'elle décrite chez la jeune fille.

C'est finalement par l'expression symptomatique des difficultés sous-jacentes que se distingueraient plus fréquemment hommes et femmes anorexiques à travers notamment une hyperactivité sportive manifeste chez les premiers.

Dans cette perspective, nous avons fait l'hypothèse qu'une forme clinique ne répondant pas aux critères syndromiques pouvait rendre compte de déterminants psychologiques proches. Le complexe d'Adonis ou anorexie inverse serait alors une forme frontière d'anorexie masculine, où l'exhibition d'une virilité caricaturale viendrait concrétiser les fragilités de l'identité psychosexuelle. Cette hypothèse, pour être confirmée, nécessiterait d'approfondir, et la compréhension de l'anorexie inverse, et celle de l'anorexie mentale masculine.

Finalement, la poursuite des travaux de recherches cliniques et épidémiologiques permettant d'améliorer la compréhension de l'anorexie mentale masculine, aidera à la conceptualisation d'une démarche thérapeutique la plus adaptée. Les résultats, pour être significatifs, nécessiteraient des cohortes plus larges. La faible prévalence des sujets hospitalisés constitue une limitation qui pourra être contournée par la mise en place d'études multicentriques.

REFERENCES

1. **ABBATE-DAGA G., AMIANTO F., ROGNA L. et al.:** Do anorectic men share personality traits with opiate dependent men? A case-control study. *Addictive Behaviors* 32 (2007) 170-174
2. **AFFLELOU S., DUCLOS M., SIMON S.:** Quels liens entre pratique sportive et troubles du comportement alimentaire? *La presse médicale* 1004 ; 33 : 1601-5
3. **ALBERT E., MOUREN M.C., DUGAS M. et coll. :** La famille dans l'anorexie mentale masculine. *Neuropsych. Enf. Ado.*, 1984, 32 (5-6), 309-313
4. **ALLIEZ J., GODACCIONI J.L., GOMILA J. et coll.:** Anorexies mentales masculines. *Ann. Méd-Psychol.*, 112^e année, T.II. – Décembre 1954
5. **ANDERSEN A.E.:** Males with eating disorders, ed. Brunner/ Mazel, Philadelphia, 1990
6. **ANDERSEN and coll.:** Anorexia nervosa in the male: An underdiagnosed disorder. *Psychosomatics*, dec 1983. Vol 24. N°12
7. **ANDERSEN A.E.:** Diagnosis and treatment of males with eating disorders. In [5] p 133-162
8. **ANDERSEN A.E., HOLMAN J.E.:** Males with Eating Disorders: Challenge for Treatment and Research. *Psychopharmacology Bulletin* 33 (3): 391-397, 1997
9. **ANDERSEN A.E., WATSON T., SCHLAECHE J.:** Osteoporosis and osteopenia in men with eating disorders. *The Lancet*, Vol. 355. June 3, 2000
10. **AUBERT P., PEIGNE F.:** Deux observations d'anorexie mentale masculine. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 1964, 12, n°9
11. **BAGHURST T., HOLLANDER D.B., NARDELLA B. et al.:** Change in socio-cultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image* 3 (2006) 87-91
12. **BASQUIN M.:** L'anorexie mentale du garçon et les processus d'identification. *La vie médicale* 26-1983 Nov./2
13. **BHANJI S.:** Anorexia nervosa: Physicians' and Psychiatrists' opinions and practice. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 23, pp. 7 to 11, 1979
14. **BILARD J.:** Les conduits de consommation de produits énergétiques ou dopants en milieux sportifs. In VENISSE, BAILLY, REYNAUD : « Conduites addictives, conduites à risque : quels liens, quelle prévention ? »
15. **BOCHEREAU D., AGMAN G.:** Rencontres avec des pères d'adolescentes anorexiques. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1994, 42 (6), 233-239
16. **BOCHEREAU, CLERVOY P., CORCOS M. et coll.:** L'anorexie mentale de l'adolescence. *La presse médicale* 1999/28/N°2
17. **BOTTA R.A.:** For Your Health? The relationship between Magazine Reading and Adolescent's Body Image and Eating Disorders. *Sex Roles*, Vol 48, N°s 9-10, May 2003
18. **BRACONNIER A.:** Le sexe des addictions. In BAILLY, VENISSE : Addictions et Psychiatrie ; Médecine et Psychothérapie. Paris, 2001 : Ed Masson
19. **BRAUN D.L., SUNDAY S.R., HUANG A. et al.:** More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 1999; Vol. 25, Issue 4; p415-424

20. **BRUCH H.**: Les yeux et le ventre. Payot, Paris, 1975
21. **BRUCH H.** : L'énigme de l'anorexie. Paris, 1979, PUF, coll. : Perspectives critiques
22. **BRUSSET B.** : Anorexie mentale et toxicomanie. Adolescence, 1984, 2, 2, 285-314
23. **BRUSSET B.** : L'Assiette et le Miroir. Toulouse : Privat ; collection : Enfances Clinique, 1991
24. **BRUSSET B.** : Anorexie mentale et boulimie du point de vue de leur genèse. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41 (5-6), 245-249
25. **BRUSSET B.** : Sur la prévalence féminine de l'Anorexie mentale. Psychologie Clinique et Projective, N°2-1995, pp169-181
26. **BRUSSET B.** : Psychopathologie de l'anorexie mentale. Paris : Dunod, 1998
27. **BRUSSET B.** : La figure de l'anorexique dans l'adolescence. Adolescence : 2005, T. 23, n°3; p575-586
28. **BRYANT-WAUGH**: Anorexia nervosa in young boys. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, 41 (5-6), 287-290
29. **BULIK C.M., SULLIVAN P.F., TOZZI F. et al.**: Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. Arch. Gen. Psychiatry/ Vol.63, Mar 2006, p305-312
30. **BURNS T., CRISP A.H.**: Outcome of anorexia nervosa. In [5] p 163-186
31. **BUVAT J., BUVAT-HERBAUT M., RACADOT A. et coll.**: Profil hormonal de l'anorexie mentale à la phase d'état. Corrélations avec certains facteurs somatiques. Annales d'Endocrinologie, 1981, 42, 131-146
32. **BUVAT J., LEMAIRE A., ARDAENSK K. et coll.**: Profil des hormones gonadiques dans 8 cas d'anorexie mentale masculine étudiés avant et au cours de la reprise de poids. Annales d'Endocrinologie (Paris), 1983, 44, 229-234
33. **CARLAT D.J., CAMARGO M.D., HERZOG D.B.**: Eating disorders in males: A Report on 135 Patients. Am. J. Psychiatry 154:8, August 1997
34. **CARRIER C.**: Idéal du moi performant et modèle de haut niveau sportif. In VENISSE, BAILLY, REYNAUD : « Conduites addictives et conduites à risques : quels liens, quelle prévention ? » Masson, Paris, 2002
35. **CHABROL**: L'anorexie mentale. Que sais-je ?
36. **CHAMBRY J., CORCOS M., GUILBAUD O. et coll.** : L'anorexie mentale masculine : réalités et perspectives. Ann. Méd. Interne, 2002, 153, Suppl. au N°3, pp 1561-1567
37. **CHAMBRY J.** : L'anorexie mentale masculine existe-t-elle ? Abstract Psychiatrie – n°2 – Novembre 2004
38. **CHAMBRY J. et AGMAN G.** : L'anorexie mentale masculine à l'adolescence. Psychiatrie de l'enfant, XLIX, 2, 2006, p 477-511
39. **CHILAND C.**: Homopsychanalyticus. Collection: Psychologie d'aujourd'hui. 1990, Paris: PUF
40. **CLONINGER C.R., SVRAKIC D.M., PRZYBECK T.R.**: A Psychobiological Model of Temperament and Character. Arch. Gen. Psychiatry/Vol. 50, Dec 1993.
41. **COHANE G.H., POPE HG.**: Body Image in Boys: A Review of the Literature. International Journal of Eating Disorders. 2001; Vol.29, Issue 4, p373-379

42. **COLE J.C., SMITH R., HALFORD J.C. et al.:** A preliminary investigation into the relationship between anabolic-androgenic steroid use and the symptoms of reverse anorexia in both current and ex-users. *Psychopharmacology* (2003) 166: 424-429
43. **CORCOS M. :** D'un corps l'autre : l'aménorrhée dans les troubles des conduites alimentaires. *Champ Psychosomatique*, 2005, N°40,135
44. **CORCOS M. :** Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale. Une passivité créatrice : ceci n'est pas une femme. *L'évolution psychiatrique*. Vol. 68, 2, 2003, p233-247
45. **CORCOS M. :** Les troubles des conduites alimentaires : facteurs de risque, dépistage et modalités de prévention. In VENISSE, BAILLY, REYNAUD : «Conduites addictives, conduites à risque : Quels liens, quelle prévention ? » Masson, Paris, 2002 ; coll. Médecine et Psychothérapie
46. **CORCOS M., AGMAN G., BOCHEREAU D., CHAMBRY J., JEAMMET Ph :** Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Elsevier, Psychiatrie-Pédopsychiatrie , 37 – 215 – B-65
47. **CORCOS M., BOCHEREAU D. :** Troubles des conduites alimentaires : identité virtuelle et contagion sociale. *La presse médicale*. 1999/28/N°2
48. **CRISP A.H., BURNS T.:** The Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males. *Int. J. Eating Disorders*: Vol2, N°4, Summer 1983
49. **CRISP A.H., BURNS T.:** Primary anorexia in the male and female: a comparison of clinical features and prognosis. In [5], p 77-99
50. **DARMON M. :** Devenir anorexique, une approche sociologique. ed. La découverte, Paris, 2003
51. **DECOURT J. :** Sur l'anorexie mentale de l'adolescence dans le sexe masculin. *Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 1964, 12, n°9
52. **DELVENNE V. :** Aspects neurobiologiques et imagerie cérébrale de l'anorexie mentale et de la boulimie. In *Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitement. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. N°16, 1996
53. **DIANOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM IV-TR):** American Psychiatric Association. 4th ed. Washington DC: American psychiatric association; 2000
54. **EDWIN D.H. and ANDERSEN A.E.:** Psychometric testing in 76 males with eating disorders. In [5], p 116-130
55. **FEIGHNER J. P., ROBINS E., GUZE S.B. et coll :** Les critères diagnostiques de l'école de Saint-Louis. *L'Encéphale*, 1978, IV, 323-339
56. **FICHTER M.M., DASER C.:** Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 42 anorexic males. *Psychological Medicine*, 1987, 17, 409-418
57. **FISCHLER:** La régulation sociale des conduites alimentaires. Constantes anthropologiques et tensions contemporaines. In SAMUEL-LAJEUNESSE B., FOULON C. : *Les conduites alimentaires*. Paris, 1994, Ed. Masson.
58. **FLAMENT M., REMY B. :** Les troubles des conduites alimentaires chez le garçon. In : BRACONNIER : *Adolescentes, adolescents : psychopathologie différentielle*. Paris : Bayard éditions, 1995
59. **FOULON C.:** Schizophrénie et troubles du comportement alimentaire. *L'Encéphale*, é003 ; XXIX : 463-466

60. **FRASCIELLO L.M., WILLARD S.G.:** Anorexia Nervosa in Males: A Case Report and Review of the Literature. *Clinical Social Work Journal*: Vol. 23, N°1, Spring 1995
61. **FURNHAM A., BADMIN N., SNEADE L.:** Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self esteem and reason for exercise. *The Journal of Psychology*; 2002, 136,(6), 581-596
62. **GILA A., CASTRO J., CESENA J. et al.:** Anorexia nervosa in male adolescents: body image, eating attitudes and psychological traits. *Journal of Adolescent Health* 36 (2005) 221-226
63. **GIRARDON N., CORCOS M.:** Ostéoporose et infertilité après anorexie mentale. *La Presse Médicale*. 1999/28/N°2
64. **GORWOOD Ph.:** Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. www.inserm.fr
65. **GORWOOD Ph., KIPMAN A., FOULON C.:** The Human Genetics of Anorexia Nervosa. *European Journal of Pharmacology* 480 (2003) 163-170
66. **GUEGUEN :** L'anorexie mentale : une pathologie féminine. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence ;* N°51, 2003/1, p81-86
67. **GUELFY :** L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Tome II. Edition médicale Pierre Fabre
68. **GUTTON PH. :** Pratiques de l'Incorporation. *Adolescence*, 1984, 2, 2, 315-338
69. **HAGUENAU M., KOUPERNIK C. :** Anorexie mentale masculine : A propos de deux observations personnelles. *Revue de la littérature. Revue de Neuropsychiatrie infantile*, 1964, 12, n°9
70. **HALFON O., ALBERT E., MOUREN-SIMEONI M.C. et coll.:** L'Anorexie mentale prépubère : A propos d'une observation clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1989, 37 (4), 191-196
71. **HARDY P., DANTCHEV N. :** Epidémiologie des troubles des conduites alimentaires. In *Confrontations Psychiatriques* N° 31, 1989
72. **HARVEY J. A., ROBINSON J.D.:** Eating Disorders in Men: Current Considerations. *J. Clin. Psychology in Medical Settings* Vol. 10, N°4, December 2003
73. **HERZOG D.B. NORMAN D., GORDON C. et al.:** Sexual conflict and eating disorders in 27 males. *American Journal of psychiatry* 141:8, August 1984
74. **HERZOG D.B., and coll.:** Sexuality in males with eating disorders in [5] p 40-53
75. **ISRAEL L.:** L'hystérique, le sexe et le médecin. 2001, Masson, Paris
76. **JEAMMET P. :** Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. Valeur heuristique du concept de dépendance. In *Confrontations Psychiatriques* N° 31, 1989
77. **JEAMMET P., BRECHON G., PAYAN C. et coll.:** Le devenir de l'anorexie mentale: Une étude prospective de 129 patients évalués au moins 4 ans après leur première admission. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXXIV, 2, 1991, p381-442
78. **JEAMMET P.:** L'approche psychanalytique des troubles des conduites alimentaires. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1993, 41 (5-6), 235-244
79. **JEAMMET P. :** Dépendance et séparation à l'adolescence : point de vue psychodynamique. In *Dépendance et conduite de dépendance*.
80. **JEAMMET P. :** L'anorexique et son corps. De l'idéal à la destruction. *Revue française de psychanalyse ;* 1997, 1, p146-167

81. **KANAYAMA G., BARRY S., HUDSON J.I. et al.**: Body image and attitudes toward males roles in anabolic-androgenic steroid users. *American journal of psychiatry* 163:4, avril 2006
82. **KEARNEY-COOKE A.**: Men, Body Image and Eating Disorders. In [5], p 54-74
83. **KESTEMBERG E.**: L'identité et l'identification chez les adolescents ; Problèmes théoriques et techniques. *La psychiatrie de l'enfant*.
84. **KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.** : La faim et le corps. Coll. : Le fil rouge. Ed PUF, Paris, 1972
85. **KIEFER I., LETNER B., BAUER R. et al.**: Body Weight: The male and female perception. *Soz.-Präventivmed.* 45 (2000) 274-278
86. **KIPMAN A., GORWOOD Ph., MOUREN-SIMEONI M.C. et coll.**: Anorexie mentale et obsession: continuité ou contiguïté. *Annales médico-psychologiques* 2001, 159:560-575
87. **KJELSAS E., BJORNSTROM C., GOTESTAM K.G.**: Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors* 5 (2004) 13-25
88. **KOHL M., FOULON C., GUELFY J.-D.** : Aspects comportementaux et biologiques dans l'anorexie mentale. *L'Encéphale*, 2004 : XXX : 492-499
89. **LAXENAIRE M.** : La nourriture, la société et le Médecin. Paris: Masson, 1983
90. **LE HEUZEY M.-F., ACQUAVIVA E.**: Anorexie mentale de l'enfant prépubère. EMC (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, 37-201-A-40, 2006.
91. **LEONE J.E., SEDORY E.J., GRAY K.A.**: Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of athletic training.* 2005;40 (4): 352-359
92. **LEVINE M.P.**: A Professionally Led Support Group for Males with Eating Disorders. In [5], p 187-218
93. **LINDBLAD F., LINDBERG L., HJERN A.**: Anorexia nervosa in young men: A cohort study. *Int. J. Eating Disorders* 39:8, 662-666 (2006)
94. **LOWENSTEIN W., ARVERS Ph., GOURARIER L. et coll.** : Activités physiques et sportives dans les antécédents de personnes prises en charge pour addictions. *Annales de médecine interne*, 2000, 151, supplément A., pA18-A26
95. **MAAZI L., KABUTH B., BODY LAWSON F.** : Anorexie mentale et fonction paternelle. *Perspectives psy* ; Vol.45, N°3, 2006
96. **MAC DOUGALL J.** : Théâtre du corps. Gallimard, Paris, 1989
97. **MAC DOUGALL J.**: Théâtre du Je. Gallimard, Paris 1982
98. **MAC DOUGALL**: L'économie psychique de l'addiction. *Rev. Franç. Psychan.* 2/2004
99. **MARCELLI D., BRACONNIER A.**: Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, 2004
100. **MARCELLI D.** : Narcissisme primaire et homosexualité à l'adolescence. *Adolescence*, 2001 : 19 ; 1 : 71- 97
101. **MARGO J.L.**: Anorexia in the Male, a comparison with female patients. *Br. J. of Psychiatry*; 1987, 151, 80-83
102. **MICHEL G., PUPER-OUAKIL D., BOUDIN F. et coll.**: Le surentraînement sportif et ses risques psychopathologiques. *Synapse*, mai 2004, N°205.

103. **MICKALIDE A.D.**: Socio-cultural factors influencing weight among males, in [5] p30-39
104. **MOUREN-SIMEONI M.C., BOUVARD M.P.**: Anorexie mentale chez l'enfant pré-pubère : particularités cliniques et évolutives. *Neuropsychiatrie de l'enfant*, 1993, 41 (5-6), 291-295.
105. **MUGNIER J.-P.**: « Ecoute ma fille... »: La rivalité mimétique entre mère et fille, un processus relationnel générateur de violence. *Cahiers critiques de thérapies familiales et de pratiques de réseaux*-N°30, 2003/1
106. **MUISE A.M., STEIN D.G., ARBESS G.**: Eating Disorders in Adolescent Boys: A review of the Adolescent and Adult Literature. *J. Ado. Health* 2003, 33: 427-435
107. **NEUMARK-SZTAINER D., STORY M., HANNAN P.J. et al.**: Weight-related Concerns and Behaviors among Overweight and Normo-weight Adolescents. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* / Vol 156, Feb 2002
108. **OLIVARDIA R., POPE H.G., MANGWETH B. et al.**: Eating Disorders in College Men. *Am. J. Psychiatry*, 152: 9, September 1995
109. **OLIVARDIA P.D., POPE H.G.**: Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American journal of psychiatry* 2000, 157:1291-1296
110. **OLIVRY E., CORCOS M.**: Troubles des conduites alimentaires; L'anorexie mentale prépubère. *La Presse Médicale*, 16 janvier 1999 / 28 / n°2
111. **ORGIAZZI I., CHAPPAZ M. et coll.** : Anorexies féminine et masculine : Comparaison. *Cahiers de Psychologie Clinique* N°18, 2002/1
112. **PARNOT, ROUSSEAU A., BENAZET M. et coll.** : Comparaison du vécu corporel en fonction du genre chez l'adolescent et le jeune adulte. *Journal de thérapie comportementale et cognitive* 2006, 16, 2, 45-48
113. **PEDINIELLI J.L., ROUAN G., BERTAGNE P.** : Psychopathologie des addictions. Paris, 2004, PUF, coll. Nodules.
114. **PERDEREAU F., GODART N., JEAMMET Ph.** : Antécédents psychiatriques familiaux dans l'anorexie mentale. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2002, 50: 173-182
115. **PERES G.**: Comportement alimentaire et pratique sportive. *La Revue du Praticien* ; 2000, 50 : p498-500
116. **PICKETT T.C., LEWIS R.J., CASH T.F.**: Men, Muscles, and Body Image: Comparisons of Competitive Bodybuilders, Weight Trainers, and Athletically Active Controls. *Br. J. Sports Med*: é005; 39: 217-222
117. **PROIA** : Dénier du féminin et servitude volontaire en gymnastique féminine. *Adolescence*, 2003, N°45, p581-597
118. **PURPER-OUAKIL D., MICHEL G., BAUP N. et coll.**: Aspects psychopathologiques de l'exercice physique intensif chez l'enfant et l'adolescent : mise au point à partir d'une situation clinique. *Ann. Méd. Psychol.* 160 (2002) 543-549
119. **RIGAUD** : L'anorexie mentale : un modèle de dénutrition par carence d'apport. *Annales de médecine interne* ; 2000 ; 151 : N°7, p549-555
120. **RIO M.**: Un cas d'anorexie masculine. *L'Information psychiatrique* 2006 ; 82 : 669-681
121. **RITZ P., SALLE A., FOURNIE A.** : Poids et hormones sexuelles. *Chiers de Nutrition et de Diététique*, 38, 5, 2003
122. **ROBERGEAU K., JOSEPH J., SILBER T.J.**: Hospitalization of children and Adolescents for Eating Disorders in the State of New York. *Journal of adolescent Health* 39 (2006) 806-810

123. **ROUAM F., SCHMIT G., DUCHE D.J.** : L'anorexie mentale chez le garçon : une réalité. *Ann. Méd. Interne*, 1982, 133, n°7, pp. 474-477
124. **ROUSSET I., KIPMAN A., ADES P., GORWOOD P.**: Personnalité, tempérament et anorexie mentale. *Ann. Méd.-Psychol.* 162 (2004) 180-188
125. **SCHMIT G., ROUAM F.** : L'anorexie mentale chez l'adolescent de sexe masculin ; Observations et réflexions théoriques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1984, 32 (5-6), 245-257
126. **SCOTT D.W.**: Anorexia nervosa in the male: a review of clinical, epidemiological and biological findings. *International Journal of eating Disorders*, Vol.5, 799-819 (1986)
127. **SHAEFFER J.**: Peur et conquête du féminin à l'adolescence dans les deux sexes. *Adolescence* : 2007 ; T.25, n°2, p 261-278
128. **SHARP C.W., CLARK S.A., DUNAN J.R. et al.** : Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males : 24 New Cases. *Int. J. Eat. Disorders*, Vol. 15, N°2, 125-134, 1994
129. **SIEGEL J.H., HARDOFF D., GOLDEN N.H. et al**: Medical Complications in Male Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health* 1995; 16; 448-453
130. **SILVERMAN J.A.**: Anorexia nervosa in the male: Early historic cases. In [5], p3-8
131. **STRIEGEL-MOORE R.H., GARVIN V., DOHM F.A. et al.**: Psychiatric comorbidity of Eating Disorders in Men: A national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders.*; 1999, Vol. 25, Issue 4, p405-414
132. **STROBER M., FREEMAN R., LAMPERT C. et al.**: Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am. J. Psychiatry* 157:3, March 2000
133. **STROBER M., FREEMAN R., LAMPERT C. et al.**: Males with anorexia nervosa: A controlled study of Eating Disorders in first-degree relatives. *International journal of Eating Disorders*, 2001, Vol. 29. Issue 3, p263-269
134. **STROBER M., FREEMAN R., LAMPERT C. et al.**: Are There Gender Differences in Core Symptoms, Temperament, and Short-Term Prospective Outcome in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 39: 7; p570-575; 2006
135. **SVRAKIC D.M., CLONINGER C.R. et al**: Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factor Model of Temperament and Character. *Arch. Gen. Psychiatry*/Vol 50, Dec. 1993
136. **TORDJMAN S.**: D'une approche catégorielle à une approche dimensionnelle des troubles mentaux: intérêt de la différenciation sexuelle. *L'Encéphale*, 2006 ; 32 : 988-994, cahier 1
137. **TREASURE J.**: Modèles génétiques des troubles alimentaires. In *Anorexie et boulimie. Modèles, recherches et traitement. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux.* N°16, 1996
138. **VANDEREYCKEN W., VAN DEN BROUCKE S.**: Anorexia Nervosa in males. *Acta Psychiatr. Scand.* 1984: 70: 447-454
139. **VELEA D.**: L'addiction à l'exercice physique. *Psychotropes*- Vol 8, N°3-4
140. **VENISSE J.L.** : L'anorexie mentale. Paris, 1982, ed : Masson, coll. : nodules.
141. **VENISSE J.L., DUPUIS G.** : Les TCA : Nouvelles Addictions ? Alors, l'anorexie mentale : une toxicomanie presque comme les autres ?
142. **VENISSE J. L.** : Les Nouvelles Addictions, Masson, Paris, 1991

143. **VENISSE J.L., SANCHEZ-CARDENAS M., EMERY R.P.** : Corps et addiction. Ann. Psychiatr. 1992, 7, N°1, 14-17
144. **VENISSE J.L., MAMMAR N.**: Le concept d'addiction : actualité – intérêt - limites. Octobre – Novembre - Décembre 1997-N°3
145. **VENISSE J.L., BAILLY D., REYNAUD M.** : « Conduites addictives et conduites à risque : quels liens, quels prévention ? » Médecine et psychothérapie, Ed. : Masson ; Paris 2002
146. **VENISSE J.L., BRONNEC M.** : Repères pour la prise en charge des conduites de dépendance du sujet jeune. Chapitre 29
147. **WOODSIDE D.B., GARFINKEL V.E., LIN E. et al**: “Comparison of Men with Full or Partial Eating Disorders, Men without Eating Disorders, and Women with Eating Disorders in the Community” Am. J. Psychiatry, 158:4, April 2201
148. **WOODSIDE D.B., BULIK C.M., THORNTON L. et al**: “Personality in men with eating disorders” J. Psychosomatic research 57 (2004) 273-278
149. **WOODSIDE D.B., GARNER D.M.**: “Eating disorders in males: insight from a clinical and psychometric comparison with females patients” In [5], p 100-115
150. **YATES A., LEEHEY K., SHISLAK. C.M.**: “ Running – an analogue of anorexia?” ; The new England journal of medicine, Vol. 308; N°5, 1983 p251-255

Charlotte CHAROY

Titre : L'anorexie mentale masculine: une anorexie comme les autres?

Résumé

A partir de la confrontation clinique avec deux jeunes hommes présentant une anorexie mentale, nous nous sommes interrogés sur la faible prévalence masculine de cette pathologie. Cette moindre fréquence témoigne-t-elle d'une réelle rareté du trouble ou plutôt d'une difficulté à évoquer le diagnostic chez l'homme ? A travers une étude de la littérature et sous l'angle de la comparaison avec la figure classiquement décrite chez la jeune fille, sont évoquées les caractéristiques épidémiologiques, symptomatologiques et psychopathologiques de l'anorexie masculine. Ces données sont confrontées aux modèles de compréhension de l'anorexie mentale, afin de discuter les spécificités masculines et de tenter d'appréhender les raisons d'un sex-ratio déséquilibré. Enfin, l'hypothèse d'une difficile reconnaissance du diagnostic chez l'homme est évoquée à travers la notion de formes cliniques particulières se distinguant de la forme classique.

Mots-clés : Anorexie mentale masculine - Epidémiologie - Adolescence – Déterminisme polyfactoriel – Image du corps – Identité – Identification – Séparation-individuation – Narcissisme – Addiction – Sport – Complexe d'Adonis.